

Sygn. akt I ACa 878/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 czerwca 2016 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Marta Sawicka
Sędziowie:	SA Artur Kowalewski SA Tomasz Żelazowski (spr.)
Protokolant:	sekr. sądowy Justyna Kotlicka

po rozpoznaniu w dniu 19 maja 2016 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa D. K. i A. P. (1)

przeciwko (...) spółce akcyjnej w W. (...) Szpitalowi (...) w S.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 30 czerwca 2014 roku, sygn. akt I C 250/11

I. oddala apelację;

II. nie obciąża powódki kosztami zastępstwa procesowego pozwanych

w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Tomasz Żelazowski SSA M. Sawicka SSA A. Kowalewski

Sygn. akt I ACa 878/14

UZASADNIENIE

Powódka M. K., w pozwie z 22 grudnia 2009 r., i piśmie procesowym z 9 września 2010 r., (k. 318 akt) zawierającym wniosek o dopozwanie i rozszerzenie powództwa wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. oraz (...) Szpitala (...) w S. in solidum kwoty 180.000 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od 13 marca 2009 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia. Ponadto powódka wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...) Szpitala (...) w S. kwoty 311.800 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od 13 marca 2009 roku do dnia zapłaty, zasądzenie renty w wysokości 2.600 zł miesięcznie, płatnej do 15 dnia każdego miesiąca z dołu, począwszy od września

2010 roku, ustalenie odpowiedzialności tego pozwanego za szkody powódki, wynikające z uszkodzenia ciała oraz rozstroju zdrowia spowodowane przez błędy lekarskie (...) Szpitala (...) w S., które mogą powstać, bądź ujawnić się w przyszłości. Powódka domagała się też o zasądzenia od pozwanego kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądania powódka podała, że co do kwoty 180.000 złotych pozwana (...) S.A. i pozwany szpital odpowiadają względem niej in solidum. Powódka uznała, iż dochodzona pierwotnie w pozwie od pozwanego ubezpieczyciela kwota 180.000 złotych jest niewystarczająca dla zadośćuczynienia doznanej przez nią ogromnej krzywdy, której rozmiary zwiększają się każdego dnia. Wolą i dyspozycją powódki jest uzyskanie (od pozwanego szpitala) dodatkowego odszkodowania w wysokości 200.000 złotych, a także dodatkowo przyznanie jej prawa do renty w wysokości 2.600 złotych miesięcznie. Powódka domagała się od pozwanego (...) Szpitala (...) zasądzenia na jej rzecz skapitalizowanych należności z tytułu renty za okres od lutego 2007 roku do sierpnia 2010 roku (łącznie 43 miesiące po 2600 złotych). Kwota skapitalizowanych należności powódki z tego tytułu wynosi 111.800 złotych. Powódka podniosła, iż w chwili kierowania sprawy do sądu przeciwko ubezpieczycielowi nie została ona poinformowana o tym, iż zakres ochrony ubezpieczeniowej jest mniejszy, niż kwota odszkodowania, której w tamtym czasie powódka się domagała.

Powódka wskazała, iż w grudniu 2006 roku trafiła na oddział chirurgii pozwanego (...) Szpitala (...) w S., gdzie dnia 15 grudnia 2006 roku poddana została planowanej operacji chirurgicznej, polegającej na usunięciu nowotworu z jelita grubego oraz zespoleniu jelita. Po wykonaniu operacji powódka poddana została zabiegom pooperacyjnym i pielęgnarskim, w trakcie których przeprowadzono między innymi zabieg lewatywy. W dniu 28 grudnia 2006 roku wykonano jeszcze jedną, wcześniej nieplanowaną operację chirurgiczną powódki, polegającą na: uszczelnieniu zespolenia jelitowego, wykonanego w ramach pierwszej operacji, usunięciu uszkodzonej śledziony oraz szeregu ognisk zapalnych (ropnych), wywołanych przez zakażenie bakterią kałową, a także założono tzw. stomię jelita grubego. Następnie zaś powódka została skierowana na oddział intensywnej terapii. Ze względu na powikłania pooperacyjne powódka skierowana została na oddział pulmonologiczny pozwanego (...) Szpitala (...) w S., gdzie przebywała w okresie od 26 stycznia 2007 roku do 31 stycznia 2007 roku. W tym czasie powódka została zakażona grzybicą. W trakcie pobytu w pozwanym (...) Szpitalu (...) powódka poddana została zabiegom pielęgnacyjnym i kontrolnym. Zgodnie z uzyskanymi wynikami badań, w jamie brzusznej powódki nie stwierdzono płynu wolnego ani otorbionego, pomimo iż powódka sygnalizowała wystąpienie tego rodzaju powikłań. Przeprowadzone w tym samym okresie czasu badania kontrolne, wykonane na zlecenie i koszt powódki poza szpitalem, ujawniły wyniki badań odmienne, niż wyniki przedstawione przez pozwanego (...) Szpital (...). W jamie brzusznej powódki odkryto bowiem między innymi płyn będący ropieniem. Powódka poddała się dalszym konsultacjom medycznym, a następnie trafiła Szpitala (...), gdzie na oddziale chirurgii przebywała w okresie od 15 lutego 2007 roku do 7 marca 2007 roku. Następnie powódka poddała leczeniu na terenie Niemiec, gdzie m.in. przeprowadzono operację chirurgiczną polegającą na drenażu ropnia oraz założeniu drenaży i terapii antybiotykowej (czerwiec 2009 rok). Dopiero po tej operacji ból powódki związany powikłaniami, które wystąpiły po operacji z dnia 15 grudnia 2006 roku zaczął stopniowo ustępować. W dniu 15 sierpnia 2008 roku, powódka zgłosiła pozwanym szkodę oraz wezwała ich do zapłaty zadośćuczynienia (1.000.000 złotych), odszkodowania (10.000 złotych) oraz do przyznania renty (5.000 złotych). W odpowiedzi na wezwanie, w piśmie z dnia 11 marca 2009 roku pozwana (...) S.A., odmówiła powódce wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia, ponieważ w jej ocenie szpital (...) nie ponosi odpowiedzialności za powstały stan rzeczy. W ocenie powódki, do rozszczenia jelita grubego oraz zakażenia powódki bakterią kałową, doszło w wyniku uchybień personelu medycznego pozwanego (...) Szpitala (...) w S.. Uchybienia te mogły powstać na etapie przygotowania powódki do operacji z dnia 15 grudnia 2006 roku, bądź też w trakcie samej operacji. Przyczyną rozszczenia jelita grubego oraz zakażenia powódki bakterią kałową mogły być również zastosowane przez personel tego szpitala zabiegi pooperacyjne. W szczególności przyczyną rozszczenia jelita grubego mógł być przeprowadzony zabieg lewatywy - zbyt duże ciśnienie płynu oraz zbyt duża jego ilość mogły doprowadzić do rozszczenia zespolenia jelitowego. W ocenie powódki, w ogóle nie było potrzeby przeprowadzania tego rodzaju zabiegów. Po chirurgicznym zespoleniu jelita grubego przeprowadzanie takiego zabiegu powinno być zresztą przeprowadzane tylko w wyjątkowych przypadkach, które w przypadku powódki nie miały miejsca. Niezależnie od tego, jakie okoliczności spowodowały rozszczenie jelita grubego oraz zakażenie bakterią kałową organizmu powódki, brak należytej opieki pooperacyjnej

spowodował, że opisanym wyżej powikłaniom zaczęto przeciwdziałać dopiero po 13 dniach od operacji, w czasie kiedy doszło już do rozległego zakażenia organizmu i uszkodzenia śledziony oraz jelita grubego. Zaawansowanie infekcji oraz skala spustoszenia organizmu powódki wywołanego zakażeniem świadczą o tym, że personel pozwanego (...) Szpitala (...) w S. nie zareagował na zakażenie, niezwłocznie po jego powstaniu i ujawnieniu się symptomów powikłań. Powikłania zbyt późno zostały wykryte. Zbyt późno przeprowadzono również drugą operację chirurgiczną. Właściwa opieka pooperacyjna powódki i prawidłowo przeprowadzone badania kontrolne z pewnością doprowadziłyby do wykrycia symptomów powikłań w czasie, kiedy organy wewnętrzne powódki oraz stan jej organizmu nie uległy jeszcze nieodwracalnym uszkodzeniom. Stan powódki po pierwszej operacji nie był więc w sposób należyty monitorowany. Rozległy i skomplikowany zabieg chirurgiczny z 28 grudnia 2006 roku, w czasie którego dokonano resekcji śledziony oraz założono powódce stomię, był więc rezultatem popełnionego przez pozwanego (...) Szpital (...) w S. błędu lekarskiego - zachowania niezgodnego z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej. O błędach lekarskich pozwanego (...) Szpitala (...) w S., polegających na niewłaściwej opiece pooperacyjnej, lekceważeniu stanu zdrowia pacjentów oraz nieprawidłowościach w diagnozowaniu świadczą również wydarzenia z okresu od stycznia do marca 2007 roku. Wyniki badań przeprowadzonych przez ten szpital z dnia 29 stycznia 2007 roku błędnie wskazywały bowiem na to, iż w jamie brzusznej powódki nie było płynu ropnego, tymczasem badania przeprowadzone w zbliżonym okresie przez lekarzy niezwiązanych ze szpitalem dają diagnozy sprzeczne z tymi wynikami. Płyn ropny, który zebrął się w jamie brzusznej powódki został usunięty dopiero w szpitalu w Niemczech. Ponadto okoliczność, iż powódka leczona była w sposób niewłaściwy potwierdza również fakt, iż w czasie jej pobytu w pozwanym (...) Szpitalu (...) w S. została ona zakażona grzybicą. Personel medyczny pozwanego (...) Szpitala (...) w S., całkowicie lekcewał sygnały pochodzące od powódki, dotyczące jej stanu zdrowia. Po operacji z 15 grudnia 2006 roku, powódka uskarżała się na dolegliwości bólowe i sygnalizowała personelowi medycznemu wystąpienie symptomów, mogących świadczyć o powikłaniach pooperacyjnych. Skargi powódki zostały jednak zlekceważone, pomimo iż personelowi szpitala wiadomym było, że powódka z wykształcenia jest pielęgniarką i w związku z tym potrafi ona fachowo określić swój stan zdrowia. Leczenie powikłań pooperacyjnych prowadzone przez personel medyczny pozwanego (...) Szpitala (...) w S., prowadzone było w sposób nieudolny i nieskuteczny. Poprawę stanu zdrowia oraz ustąpienie dolegliwości bólowych powódka odczuła bowiem dopiero na etapie leczenia w szpitalu na terenie Niemiec.

Na marginesie powódka również podkreśliła, iż podczas pobytu w pozwanym (...) Szpitalu (...) w S., powódka spotkała się ze strony personelu medycznego z arogancją i lekceważeniem potrzeb pacjentów, a także nienależycie prowadzoną opieką, co spotęgowało cierpienia psychiczne i fizyczne powódki.

Konsekwencją opisanych wyżej błędów lekarskich pozwanego (...) Szpitala (...), była m.in. konieczność przeprowadzenia drugiej operacji chirurgicznej, której celem było przeciwdziałanie infekcji bakteryjnej i powstałemu rozszczelnieniu jelita grubego, a także usunięcie zniszczonej zakażeniem śledziony oraz założenie stomii. Bezpośrednią konsekwencją błędów lekarskich wskazanego szpitala bez wątpienia był także pobyt powódki na oddziale intensywnej terapii oraz na oddziale pulmonologicznym. Bardzo poważnemu uszczerbkowi na zdrowiu powódki towarzyszyły ogromne cierpienia fizyczne i psychiczne, ze szczególnym jego nasileniem w trakcie pobytu w pozwanym (...) Szpitalu (...). Personel medyczny nie potrafił skutecznie usunąć źródła infekcji, zapobiec rozwojowi zakażenia oraz uśmierzyć jej bólu. Zakażeniu zdołano zapobiec dopiero w szpitalu na terenie Niemiec. Dopiero w tym czasie ból powódki, związany z powikłaniami pooperacyjnymi, stopniowo zaczął łagodnieć, zaś przełom nastąpił w czerwcu 2009 roku, po operacji chirurgicznej. Dolegliwości bólowe i cierpienia psychiczne towarzyszyły powódce do dnia wniesienia pozwu i zdaniem powódki, z całą pewnością, nie ustaną aż do jej śmierci. Z powodu złego stanu zdrowia oraz stomii powódka praktycznie w ogóle nie opuszcza miejsca swojego mieszkania i zdana jest na opiekę osób trzecich. Osoby trzecie na co dzień pomagają powódce m.in. przy upokarzającej i przykłej dla niej konieczności wymiany woreczków wypełnionych ekskrementami, co jest konsekwencją posiadania stomii. Zdaniem powódki, kwota zadośćuczynienia jest bez wątpienia kwotą adekwatną do rozmiaru jej ogromnych cierpień oraz skali uszczerbku na zdrowiu, wywołanych błędami lekarskimi pozwanego szpitala. W ocenie powódki, na skutek błędu medycznego znacząco zwiększyły się również potrzeby powódki przy jednoczesnym zmniejszeniu widoków powodzenia na przyszłość. W związku ze złym stanem zdrowia ponosi ona liczne wydatki i renta nie powinna być niższa, niż 2.600 złotych miesięcznie.

Pozwany (...) spółka akcyjna z siedzibą w W., w odpowiedzi na pozew z 16 marca 2010 r., (k. 121) uzupełnionej pismem procesowym z 21 lipca 2011 r., (k. 505 akt) wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu przyznał, że udzielał ochrony ubezpieczeniowej (...) Szpitalowi (...) w S.. Wbrew jednak założeniom zawartym w pozwie pozwany nie mógłby odpowiadać w całości za szkodę, tak jak ubezpieczony. Zgodnie z polisą, gdyby nawet ubezpieczony wyrządził powódce (lub komukolwiek) szkodę, odpowiedzialność gwarancyjna pozwanego została zakreślona na innym - niższym - poziomie. Pozwany odpowiada bowiem do sumy ubezpieczenia 180.000 złotych za wszystkie zdarzenia, 90.000 złotych za jedno zdarzenie, przy franszyzie integralnej na poziomie 1.000 złotych i udziale własnym ubezpieczonego na poziomie 15 %. Pozwany wskazał, że 15 grudnia 2006 r., powódka została poddana, w ubezpieczonym szpitalu, operacji chirurgicznej, polegającej na resekcji odcinkowej jelita grubego z powodu wznowy, dużo wcześniej już zdiagnozowanej i leczonej, choroby nowotworowej, w miejscu zespolenia. U powódki wykryto wcześniej zmiany w prawym płucu o charakterze przerzutów nowotworowych, co dało początek całej sprawie. Wdrażania do zabiegu były postawione prawidłowo. Szpital podjął się trudnej ze względów technicznych (liczne zrosty na operowanym polu) operacji, w celu ratowania życia powódki. Zabieg przebiegał planowo i bez problemu wykonano zespolenie jelita grubego. Z opisu operacji nie wynika, aby jelito było źle przygotowane do pierwotnego zespolenia. Dopiero w przebiegu pooperacyjnym pojawiła się nieszczelność zespolenia, co powodowało konieczność przeprowadzenia ponownej operacji. Również i ten zabieg został przeprowadzony. Z dokumentacji medycznej przedstawionej w pozwie nie wynika, aby konieczność przeprowadzania drugiej operacji była następstwem błędów w sztuce, których mieliby dopuścić się pracownicy ubezpieczonego szpitala w trakcie operacji z 15 grudnia 2006 r. Przeciek w miejscu zespolenia jelita grubego jest powikłaniem pooperacyjnym, związanym z ryzykiem tego rodzaju zabiegów. Tak więc nie ma żadnych podstaw do uznania, że do rozszerzenia jelita grubego doszło, czy to w następstwie wadliwie wykonanej operacji, czy to w wyniku zastosowanych zabiegów pooperacyjnych. Z ostrożności procesowej (...) S.A. - pozwany ubezpieczyciel, zakwestionował również samą wysokość dochodzonego zadośćuczynienia. Operacja z dnia 15 grudnia 2006r, była przeprowadzana w celu usunięcia nowotworu z jelita grubego oraz zespolenia jelita. Była ona niezbędna dla ratowania powódki, u której wcześniej wykryto przerzuty. Powódka dochodzi zadośćuczynienia w kwocie 180.000 złotych. Główną funkcją zadośćuczynienia jest funkcja kompensacyjna co powoduje, że należy je rozpatrywać z uwzględnieniem kryteriów ekonomicznych, mając za punkt odniesienia aktualną stopę życiową społeczeństwa i wysokość średniego wynagrodzenia za pracę. Niewątpliwie krzywda powódki spowodowana na skutek zaawansowanego rozwoju choroby nowotworowej oraz uciążliwości związanych z długotrwałym procesem leczenia (również operacyjnego) nie jest znikoma. Tyle tylko, że ubezpieczony szpital nie odpowiada, ani za chorobę nowotworową, która dotknęła powódkę, ani za konieczność przeprowadzania u niej operacji w celu hamowania rozwoju tej choroby. Sąd ustala wysokość zadośćuczynienia mając na uwadze, że szkodę (a więc także krzywdę) ustala się w granicach wyznaczonych przez adekwatny związek przyczynowy. Nawet gdyby uznać twierdzenia powódki o błędzie w sztuce lekarskiej za prawdziwe, to i tak w adekwatnym związku przyczynowym z tym błędem pozostawałyby jedynie jego bezpośrednie następstwa, a więc nie do końca wyraźnie wykazane w pozwie powikłania po operacji z 15 grudnia 2006 r. Na pewno poza tak wyznaczonym zakresem krzywdy pozostałyby ujemne przeżycia w sferze fizycznej i psychicznej, związane z samą chorobą nowotworową, która to głównie rzutuje na zły stan zdrowia powódki w ostatnim czasie. Powyższa argumentacja pozwala pozwanemu na przyjęcie stanowiska, że przynajmniej w kontekście stanu zamożności polskiego społeczeństwa dochodzona przez powódkę kwota jest sumą zdecydowanie wygórowaną. Na chwilę obecną jednak ma to drugorzędne znaczenie, bo jak wskazano wyżej raczej bezdyskusyjnym jest brak winy ubezpieczonego.

Pozwany (...) Szpital (...) w S., w odpowiedzi na pozew z 21 października 2010 r.,(k. 371 akt) wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów niniejszego procesu, w tym zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Stwierdził, że roszczenia skierowane przeciwko (...) Szpitalowi (...) w S. uległy już, zgodnie z dyspozycją art. 442⁽¹⁾ § 3 k.c., przedawnieniu. Powódka wielokrotnie w treści pism procesowych złożonych w niniejszej sprawie powołuje się na posiadaną wiedzę z zakresu medycyny, która pozwoliła jej, już w trakcie pobytu w pozwanym Szpitalu w grudniu 2006 r., i styczniu 2007 r., stwierdzić, że podjęte przez personel pozwanego Szpitala czynności wykonywane były w sposób niewłaściwy. Od tego czasu powódka podjęła szereg działań zmierzających do

uzyskania z tego tytułu odszkodowania. Między innymi w 2008 r., powódka udzieliła firmie (...) - Biuro Doradztwa Prawnego H. Ś. oraz radcy prawnemu K. K. (1) pełnomocnictw do występowania przeciwko (...) S.A. w W., który to zakład ubezpieczeń zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od zdarzeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W tym stanie rzeczy za niewiarygodne uznać należy wyjaśnienia pełnomocnika powódki, że powódka nie była w stanie z uwagi na przedłużającą się hospitalizację pozwać dodatkowo (...) Szpitala (...) w S., skoro powódka zawsze reprezentowana była przez profesjonalnych pełnomocników, którzy posiadali pełną wiedzę co do okoliczności hospitalizacji powódki u pozwanego ad. 2. Za niewiarygodne uznać również należy twierdzenia pełnomocnika powódki, że nie została poinformowana o tym, iż zakres ochrony ubezpieczeniowej jest mniejszy niż kwota odszkodowania, której w tamtym czasie powódka domagała się, a także, iż powódka została wprowadzona w błąd co do podmiotu odpowiedzialnego za doznaną przez nią krzywdę. Profesjonalni pełnomocnicy powódki nigdy bowiem nie zadali, ani przedstawicielom pozwanego Szpitala, czy ubezpieczyciela takiego pytania, co sprawia, że nie mogli oni w tym zakresie być w żadnej mierze wprowadzeni w błąd. Żądana zaś wówczas przez powódkę tytułem zadośćuczynienia kwota 1.000.000 złotych była od samego początku nierealna, biorąc pod uwagę orzecznictwo Sądu Najwyższego w tym zakresie. Irracjonalnym byłoby więc zawieranie przez Szpital umowy ubezpieczenia opiewającej na tak znaczną sumę ubezpieczenia za jedno zdarzenie objęte ryzykiem. Z tych względów zarzut przedawnienia roszczenia pozwany uważał za w pełni zasadny.

Pozwany zakwestionował również samą zasadę odpowiedzialności szpitala wskazując na prawidłowość przeprowadzonych procesów leczniczych i diagnostycznych. Zdaniem pozwanego szpitala, przebieg pooperacyjny w grudniu 2006 r., był bez wątpienia przebiegiem powikłanym. Nieszczelności w zespoleniach jelitowych po resekcji jelita grubego są powikłaniem spotykanym często, do 18% operowanych chorych może mieć podobne kłopoty (dane za: J Mmim Access Surg. 2010 Jan-Mar; 6X1): 6-10). Nieszczelności pojawiają się w różnym okresie po operacji, od doby aż do ponad jednego miesiąca po zabiegu. Powódka mogła mieć skłonność do gorszego gojenia się zespolenia z kilku powodów: wznowa procesu nowotworowego i konieczność reoperowania w gorzej ukrwionym polu, przewlekłe przyjmowanie sterydów, uogólnienie procesu nowotworowego (przerzut do płuc). Zarzuty o złe przygotowanie jelita do operacji są bezzasadne. Znaczna część światowych autorytetów w chirurgii kolorektalnej w chwili obecnej nie zaleca specjalnego przygotowania (czyszczenia) jelita przed operacją. Zarzut, że do drugiej operacji doszło dopiero 13 dni po pierwszej, jako wyraz niedopatrzania i niedbalstwa, jest chybiony. Przecieki i nieszczelności mogą wystąpić w dowolnym okresie po zabiegu w ciągu miesiąca czasu (dane za: Ann Surg. 2007 February; 245(2): 254-258). Reoperacja wykonana w dniu 28 grudnia 2006 r., nie była więc skutkiem błędu lekarskiego, a wynikiem powikłania w gojeniu się jelita i została wykonana tego samego dnia, gdy przetoka została zdiagnozowana. W trakcie tego zabiegu śledziona została usunięta nie dlatego, że była zniszczona przez ropień i zakażenie, ale z powodu trudności, jakie miał chirurg przy operacji. Stomia wykonana na tym odcinku jelita jest stomią czasową, w każdej chwili można odtworzyć ciągłość przewodu pokarmowego. W tej chwili żyje w Polsce około 40.000 ludzi ze stomią, która uratowała im życie. Wymiana worków stomijnych jest czynnością niebywale prostą i z całą pewnością nie wymaga pomocy osób trzecich, jak twierdzi powódka. Kolejne dni pobytu chorej w pozwanym Szpitalu to intensywne wysiłki przywrócenia pacjentki do zdrowia. Pobyt na OIOM, leczenie żywieniowe, leczenie przeciwoleżynowe, bilansowanie płynów, liczne kontrole usg, punkcje zbiorników płynowych, identyfikacja bakteriologiczna patogenów, celowana antybiotykoterapia, kinezyterapia oddechowa, rehabilitacja ruchowa, profilaktyka przeciwzakrzepowa, liczne konsultacje specjalistów z zakresu chorób płuc, chorób wewnętrznych, tomografia komputerowa brzucha to tylko niektóre elementy leczenia chorej, które powódka uznaje za nieudolne i nieskuteczne. Nadkażenie grzybicą w przypadku chorych leczonych intensywną antybiotykoterapią są bardzo częste. W przypadku powódki leczenie wymagało zastosowania jedynie maści, konsultujący ją ginekolog nie stwierdził w pochwie wydzieliny zapalnej.

Za całkowicie nieprawdziwe pozwany szpital uznał zarzuty powódki o arogancję i lekceważenie potrzeb pacjentów pozwanego Szpitala. Żądana przez powódkę kwota ogółem 380.000 złotych kwota zadośćuczynienia to jest ona znacznie wygórowana, biorąc pod uwagę aktualne stosunki majątkowe społeczeństwa i aktualne orzecznictwo w tym zakresie. Niezrozumiała jest także data, od której powódka żąda naliczania odsetek ustawowych od dochodzonych kwot. Żądanie skierowane przeciwko pozwanemu Szpitalowi zostało mu doręczone dopiero 14 października 2010 r. Odnośnie zaś żądania zasądzenia renty pozwany stwierdził, że powódka w ogóle nie wykazała, jakie dochody i z jakiego

tytułu otrzymywała przed i po zabiegu w pozwanym Szpitalu oraz o ile i w jaki sposób zmniejszyły się jej dochody i zwiększyły potrzeby. Z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS załączonego do pozwu wynika jedynie, że powódka nie była zdolna do samodzielnej egzystencji przynajmniej od 1 grudnia 2006 r., a więc jeszcze przed pierwszym zabiegiem w pozwanym Szpitalu. Ponadto kapitalizacja renty nastąpić może jedynie z ważnych powodów - powódka żądając jej zasądzenia również nie wykazała tych szczególnych okoliczności.

Postanowieniem z 4 listopada 2010 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie zawiesił postępowanie w sprawie w związku ze zgonem powódki M. K.. Postanowieniem z 9 marca 2011 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie podjął postępowanie w sprawie z udziałem A. P. (1) i D. K., jako następców prawnych powódki M. K..

W wyroku z dnia 30 czerwca 2014 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo obciążając powódów kosztami procesu w całości i pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Sąd I instancji ustalił, że w 2002 r., została przeprowadzona pierwsza operacja wycięcia części esicy u M. K., z powodu zdiagnozowanego u powódki nowotworu jelita grubego. Lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. uznał M. K. za niezdolną do samodzielnej egzystencji od 1 grudnia 2006 r., do maja 2009 r. M. K. otrzymywała emeryturę w kwocie 685,67 złotych miesięcznie oraz dodatek pielęgnacyjny w kwocie 153,19 złotych.

W dniu 26 października 2006 r., M. K. otrzymała w N.Z.O.Z. (...) w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy w N., skierowanie do (...) Szpitala (...) w S. – Z. do Oddziału Pulmonologicznego. W okresie od 23 listopada 2006 r., do 1 grudnia 2006 r., M. K. przebywała w (...) Szpitalu (...) w S. – Z.. Na podstawie komputerowej tomografii klatki piersiowej stwierdzono u niej przykręgosłupowo w segmencie 10 płuca prawego, dobrze odgraniczony guzek średnicy 3 cm o poliklinicznych zarysach. Węzły chłonne śródpiersia i nadbrzusza nie powiększone i w segmencie języczka zmiany włókniste. Powiększone lewe nadnercze średnicy 3 cm o wyglądzie gruczolaka. Od 5 grudnia 2006 r., do 8 grudnia 2006 r., powódka przebywała w (...) Szpitalu (...) w S. – Z. z rozpoznaniem: stanu po resekcji esicy z powodu adenocarcinoma (2002 r.), zmiany ogniskowej w płucach w trakcie diagnostyki, niedoczynności tarczycy, przewlekłej stabilnej choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego II WHO, gruczolaka nadnercza lewego, kamicy pęcherzyka żółciowego. M. K. przyjęta została do szpitala po częściowej resekcji esicy z powodu raka 2002 r., celem diagnostyki z powodu stwierdzonej zmiany o charakterze meta w płucach. Badanie tomograficzne jamy brzusznej ujawniło guzek nadnercza (podejrzenie gruczolaka). Zmiana była niewidoczna w badaniu USG. Nie było możliwości nakłucia guzka. Po wykonaniu badań i konsultacji z dr K. K., M. K. skierowano do Oddziału Chirurgii Ogólnej celem dalszego leczenia. W dniu 13 grudnia 2006 r., M. K. została skierowana do (...) Szpitala (...) w S. – Z., z rozpoznaniem - stanu po operacji raka jelita grubego z podejrzeniem wznowy. W okresie od 14 grudnia 2006 r., do 26 stycznia 2007 r., powódka M. K. przebywała w (...) Szpitalu (...), w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, w związku z planowanym przeprowadzeniem operacji, polegającej na usunięciu nowotworu z jelita grubego oraz zespoleniu jelita. Podczas pobytu powódki w szpitalu, przeprowadzono u niej badanie histopatologiczne jelita grubego, w wyniku którego stwierdzono zmiany nowotworowe: Adenocarcinoma Tabulo – Villsum G1. Stopień B1 w skali Astlera – Collera. Nowotwór ograniczony był do błony śluzowej. Zdjęcie RTG klatki piersiowej wykazało obecność płynu w jamie opłucnej. W podstawie płuca lewego nie można było wykluczyć ognisk zapalnych. W wyniku przeprowadzonej u M. K. podczas tego pobytu w szpitalu, komputerowej tomografii jamy brzusznej z kontrastem stwierdzono, że w obu jamach opłucnowych widoczny był płyn, więcej po lewej stronie; nieduży zbiornik płynu 39 x 22 mm, nieco powyżej wyłonionego jelita; ślad płynu w okolicy dolnego bieguna blizny w tkance podskórnej; w obrębie lewego nadnercza dobrze odgraniczony był guzek o średnicy 28 mm mocno wzmacniający się po kontraście (podejrzenie gruczolaka); w segmencie 10 płuca prawego dobrze odgraniczony był guzek o niejednoznacznym wyglądzie. W dniu 15 grudnia 2006 r., wykonano u M. K. laparotomię i usunięto częściowo jelito grube oraz wykonano drenaż jamy otrzewnej. W czasie operacji stwierdzono w otrzewnej liczne zrosty po przebytej wcześniej operacji. Zrosty uwolniono i wydobyto esicę. Uwidoczniono miejsce zespolenia, a następnie wykonano płukanie jamy otrzewnej. Dokonano wycięcia części jelita grubego, zespalając jelito koniec do końca. W jamie otrzewnej zostawiono dren. Było to postępowanie prawidłowe, zgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej. Przygotowanie chorej do operacji, preparatem F., było właściwe i było to typowe przygotowanie przed operacją na jelicie grubym. Był to zabieg konieczny w ówczesnym stanie zdrowia M. K. i nie było możliwości wdrożenia innego sposobu leczenia. Na podstawie badania cyto

– histopatologicznego nr (...), przeprowadzonego na materiale pobranym podczas operacji z 15 grudnia 2006 r., w postaci fragmentu jelita grubego długości 8 mm, w błonie śluzowej jelita grubego stwierdzono wyniosłość o wymiarach 3 x 1 cm, będącą nowotworem Adenocarcionoma tabulo – villosum G1, ograniczonym do błony śluzowej.

Personel medyczny pozwanego szpitala zamierzał wypisać M. K. ze szpitala, ale powódka nie wyraziła na to zgody. W dniu 20 grudnia 2006 r., odnotowano w karcie odejście gazów u pacjentki świadczące o powrocie perystaltyki przewodu pokarmowego. Wówczas też wdrożono żywienie doustne. W następnych dniach wystąpiło narastające wzdęcie brzucha i z tego powodu wykonano kontrolne badanie USG, które wykazało dużą ilość gazów w jelitach i bardzo leniwą perystaltykę. Było to powodem wykonania pasażu jelitowego (badania RTG z doustnym podaniem środka kontrastowego), który uwidoczniał nieszczelność zespolenia i przechodzenie kontrastu poza światło jelita. W dniu 28 grudnia 2006 r., M. K. została przeniesiona do Oddziału Intensywnej Terapii pozwanego szpitala z rozpoznaniem: niewydolności oddechowej po laparotomii, zaburzenia gospodarki wodnoelektrolitowej, zapalenia otrzewnej spowodowanej nieszczelnością zespolenia esicy, stanu po resekcji esicy z powodu adenocarcinoma 2002 r., przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, niedoczynności tarczycy, zmiany ogniskowej w płucu prawym, gruczolaka lewego nadnercza i kamicy pęcherzyka żółciowego. Wobec powódki - M. K. zastosowano leczenie, polegające na antybiotykoterapii. Podawano: S., M., B. Stan M. K. określono jako średnio – ciężki. Powódka była słaba i obolała. W tym stanie powódka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego i znieczulenia. Przedoperacyjnie rozpoznano insufficjentia colocoloanastomosis. Cięciem otwarto jamę brzuszną, w której było wiele zbiorników ropnych, uwolniono liczne zrosty i resekowano zmienioną zapalnie sieć oraz stwierdzono rozejście zespolenia jelitowego. Resekowano zagięcie śledzionowe okrężnicy wyłaniając stomię jednolufową. Ponadto usunięto śledzionę i masywnie płukano jamę brzuszną. W czasie zabiegu resekowano sieć, zagięcie śledzionowe okrężnicy i wyłoniono stornię jednolufową. Aby było to możliwe, operator musiał jednak uwolnić ze zrostów dystalną część lewej połowy okrężnicy, a zwłaszcza okolicę zgięcia śledzionowego. Doszło wówczas do uszkodzenia śledziony z koniecznością jej usunięcia, przy czym manewr ten był ze swej natury obarczony ryzykiem uszkodzenia śledziony, zwłaszcza przy współistniejących zrostach otrzewnowych, rozlanym zapaleniu otrzewnej i licznych zbiornikach ropnych w jamie otrzewnej. Wykonano masywne płukanie jamy brzusznej, założono dren do zatoki Douglasa i łoży śledzionowej oraz dren podskórny. Rozszczelnienie zespolenia z następowym rozlanym zapaleniem otrzewnej i uszkodzenie śledziony podczas reoperacji było powikłaniem, które pojawiło się, pomimo prawidłowego postępowania medycznego, zastosowania odpowiedniej techniki operacyjnej, należytej staranności i ostrożności, zwłaszcza, że chora od wielu lat była leczona sterydami z powodu nieustalanej kolagenozy, co miało negatywny wpływ na procesy gojenia oraz destrukcyjnie na mięsz śledziony. Po zabiegu operacyjnym, przeprowadzonym 28 grudnia 2006 r., M. K. została przyjęta do Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala w S., z powodu niewydolności krążeniowo - oddechowej. Przez dwie doby była wentylowana respiratorem, krążenie wspomagano katecholaminami, prowadzono płynoterapię, antybiotykoterapię, żywienie pozajelitowe, uzyskując poprawę stanu zdrowia. Ciężki stan przy przyjęciu chorej do Oddziału Intensywnej Terapii, z wiodącą niewydolnością krążeniowo-oddechową, a także niewydolnością nerek objawiającą się bezmoczem, wynikał przede wszystkim z powikłań septycznych, jakie rozwinęły się w przebiegu rozlanego zapalenia otrzewnej oraz śródoperacyjnej utraty pewnej objętości krwi. W chwili przyjęcia do Oddziału Intensywnej Terapii w dniu 28 grudnia 2006 r., M. K. prezentowała objawy sepsy, a jej ówczesny stan zdrowia został oceniony prawidłowo i bez zbędnej zwłoki. W dniu 31 grudnia 2006 r., chorą przekazano do Oddziału Chirurgii. Tam chora otrzymała antybiotyk S. i chemioterapeutyk M.. W dniu 02 stycznia 2007 r., podano antybiotyk N.. Podczas całego pobytu powódki w pozwanym szpitalu w tym okresie wobec niej prowadzono leczenie bólu w następujący sposób: w dniu 15 grudnia 2006 r., podano K. i D.; w dniu 16 grudnia 2006 r., D. i P.; w dniu 17 grudnia 2006 r., K.; w dniu 18 grudnia 2006 r., P. i P.; w dniu 20 grudnia 2006 r., P. i L., a rozkurczowo P. i N.; w dniu 21 grudnia 2006 r., P. i P.; a w dniu 22 grudnia 2006 r., leki rozkurczowe; w dniu 27 grudnia 2006 r., D.. Przez 2 dni po drugiej operacji, tj. 28 i 29 grudnia 2006 r., podawano powódce Morfinę, a ponadto w czasie pobytu w Oddziale Intensywnej Terapii podawano T. oraz P.. W tym czasie, w dokumentacji medycznej brak jest informacji o odczuwaniu bólu przez chorą. Na podstawie badania cyto – histopatologicznego nr (...) z 28 grudnia 2006 r., przeprowadzonego na materiale pobranym podczas zabiegu z jelita grubego, stwierdzono rozległe owrzodzenie oraz średnio obfity odczyn zapalny w otaczającej jelito tkance tłuszczowej. W dniu 30 grudnia 2006 r., o godzinie 8.00 stan ogólny M. K. poprawiał się. Powódka była przytomna, w kontakcie, oddechowo i krążeniowo wydolna. W dniu 31 grudnia 2006 r., stan ogólny M. K. był stabilny,

nie gorączkowała i była wydolna oddechowo i krążeniowo. W dniu 2 stycznia 2007 r., M. K. była pod kontrolą USG, nakłuto i odbarczono w 70 % otorbiony zbiornik ropnego płynu usytuowany pod lewą kopułą przepony. W dniu 5 stycznia 2007 r., wydobyto 1 litr płynu z lewej opłucnej powódki i podano 0,5 g A.. W dniu 8 stycznia 2007 r., wydobyto około 400 ml płynu z lewej jamy opłucnej. W dniu 17 stycznia 2007 r., nakłuto lewą jamę opłucną i wydobyto 50 ml płynu. W dniu 23 stycznia 2007 r., wydobyto z nakłucia lewej jamy opłucnej 17 ml płynu ciemnożółtego, klarownego. W dniu 24 stycznia 2007 r., nakłuto lewą jamę opłucną i wydobyto 350 ml płynu. W tym dniu nastąpiło nasilenie bólu brzucha. W dniu 26 stycznia 2007 r., M. K. przekazana została do dalszego leczenia do Oddziału III – Gruźlicy i Chorób Płuc, po wygojeniu jamy brzusznej i opanowaniu stanu zapalnego. W czasie pobytu M. K. na tym oddziale na podstawie diagnostyki ultrasonograficznej „małych narządów”, w lewej opłucnej, wśród zrostów, zaznaczono niewielką ilość płynu. Stwierdzono, że prawa jama opłucna była bez płynu. Nie stwierdzono w płucu zmiany nadającej się do BAC pod USG. Na podstawie RTG klatki piersiowej stwierdzono: skupisko cieni smugowatych nad przeponą po stronie lewej; zagęszczenie dolnego bieguna wnęki prawego płuca. Poza tym pola płucne bez zmian naciekowych. Przepona po stronie prawej gładka, po lewej niewidoczna. Spirometria wykazała dość ciężki stopień zaburzenia wentylacji typu restrykcyjnego. W trakcie pobytu w szpitalu powódka odczuwała bóle brzucha, który był wzdęty. Ponadto skarżyła się na personel medyczny zatrudniony w pozwanym szpitalu. W dniu 31 stycznia 2007 r., M. K. została wypisana do domu, z zaleceniem dalszego leczenia pod kontrolą Poradni Chirurgicznej oraz kontroli w Rejonowej Poradni Chorób Płuc i Onkologicznej.

Po wyjściu ze szpitala najbliżsi członkowie rodziny M. K., zwłaszcza córka A. P. (1), pomagali jej przy wykonywaniu codziennych czynności. W dniu 29 grudnia 2006 r., wymaz z rurki inkub. wykazał u M. K. obecność bakterii A. baumannii i K. pneumoniae. W dniu 1 lutego 2007 r., powódka M. K. udała się z wizytą do Spółdzielni Pracy Lekarzy (...) w S., podczas której wykonano badanie USG jamy brzusznej. W wyniku tego badania stwierdzono u M. K. powiększony lewy płat wątroby, w pęcherzyku żółciowym złóg 24 mm oraz nieregularnie pogrubiałe ściany 6 mm, w lewej nerce drobne złogi do 2 mm, stan po splenektomii – w łoży widoczny zbiornik płynowy o wymiarach 5,5 x 4 cm, który zawiera gęstą treść (podejrzenie ropnia, albo krwiaka). W powłokach brzusznych, w miejscu blizny, był nieregularny zbiornik gęstego płynu o wymiarach 7 x 2,5 cm. W lewej jamie opłucnowej płyn grubości warstwy 5 cm. Ściany jelit lekko pogrubiałe o zachowanym uwarstwieniu. Na podstawie tego badania USG stwierdzono istnienie wskazań do konsultacji chirurgicznej. W dniu 6 lutego 2007 r., M. K. otrzymała w N.Z.O.Z. (...) w N., skierowanie do poradni chirurgicznej, w związku ze stanem po zabiegu operacyjnym brzucha. W wyniku przeprowadzonego 8 lutego 2007 r., badania USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, u M. K. nie stwierdzono w obrębie jamy brzusznej płynu wolnego ani otorbionego. W dniu 15 lutego 2007 r., M. K. została poddana badaniu tomograficznemu w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu (...) w S.. Wynik tych badań wykazał, że w dolnej części prawego płuca, w łączności z opłucną istnienie guzka średnicy 3,4 cm. Obraz wątroby był jednorodny, drogi żółciowe nieposzerzone, obraz trzustki był prawidłowy. Stwierdzono stan po splenektomii, podprzeponowo po stronie lewej widoczny był zbiornik płynu wielkości 3,75 x 1,6 cm zawierający również pęcherzyki gazu. Obie nerki i prawe nadnercze nie wykazały uchwytnych zmian. Poza zarys lewego nadnercza uwypuklał się owalny guzek wielkości 3,5 x 2,95 cm gęstości około 21 jH, ulegający wzmocnieniu do 80 jH. W fazie opóźnionej stwierdzono niepełny efekt wypłukania kontrastu. W przestrzeni zaotrzewnowej widoczne były pojedyncze węzły chłonne granicznej wielkości. Stan po resekcji esicy i wyłonieniu sztucznego odbytu. W powłokach pomiędzy skórą, a mięśniem prostym brzucha widoczny jest rozległy patologiczny zbiornik płynu wielkości 14,5 x 5,5 cm zawierający również gaz. Stwierdzono ślad płynu w lewej opłucnej. W wyniku badania wskazano na ropień w łoży, po splenektomii, ropień w powłokach jamy brzusznej, zmiany ogniskowe w lewym nadnerczu i segmencie 1D prawego płuca były radiologicznie podejrzane. Konieczne było porównanie z dokumentacją wcześniejszych KT, o ile były wykonywane oraz konieczna była konsultacja chirurgiczna.

W okresie od 15 lutego 2007 r., do 7 marca 2007 r., M. K. przebywała w Oddziale Chirurgii Szpitala (...) w S., z rozpoznaniem: "Abscessus permagnus tegmenti abdominis post laparotomiam". Podczas tego pobytu u M. K. zastosowano incisio i drenaż. W wyniku przeprowadzonego 19 marca 2007 r., badania USG jamy brzusznej w (...) Spółdzielni (...) w S., u M. K. stwierdzono: w pęcherzyku żółciowym ruchomy złóg do 21 mm, z nieregularnie pogrubiałymi ścianami do 7,2 mm, trzustka oraz wątroba posiadały cechy stłuszczenia I. W nerkach wykryto pojedyncze drobne złogi do 2,5 mm. Pęcherz moczowy był bez zmian. W miejscu śledziony widoczny otorbiony

zbiornik płynowy o wym. 3,8 x 2 mm o grubej torebce do 7 mm z niewielką ilością gazu. W powłokach brzusznych poniżej pępka, w bliżniej pooperacyjnej widoczny był nieregularny zbiornik płynowy długości do 5 cm, szerokości do 5 mm z widoczną wąską przetoką łączącą się z tkanką skórną.

W dniu 17 września 2007 r., M. K. ponownie została przyjęta do (...) Szpitala (...) w S. – Z. na Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej (...) w S., na podstawie skierowania NZOZ (...) w N., z rozpoznaniem: stanu po resekcji esicy w 2002 r., z powodu raka, przerzutu do płuca prawego, histopatologicznego raka śluzowego przerzutowego, sztucznego odbytu, chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. Przeprowadzone badanie USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej w czasie pobytu powódki w szpitalu wykazało, że wątroba jest jednorodna, występują złogi w pęcherzyku żółciowym, prawidłowy stan trzustki, niezmienną okolicę prawego nadnercza. Okolicy lewego nadnercza nie udało się dokładnie obejrzeć i ocenić jej stanu. Stwierdzono, że śledziona została usunięta. W wyniku badania histopatologicznego węzła chłonnego nadobojczykowego prawego, rozpoznano elementy komórkowe odczynowo zmienionego węzła chłonnego. W wyniku badania histopatologicznego płuca prawego otrzymano jego fragment z rozpadającym się guzem o średnicy 5 cm. W dniu 2 października 2007 r., powódka - M. K. została wypisana ze szpitala z zaleceniem zakazu palenia tytoniu i okresowej kontroli w poradni onkologicznej.

Biuro Doradztwa (...) z siedzibą w S., w imieniu M. K., w piśmie z 15 sierpnia 2008 r., zażądało od (...) S.A. Oddziału Okręgowego w S., zapłaty odszkodowania, w tym zadośćuczynienia za doznany ból oraz cierpienia fizyczne i psychiczne w kwocie 1.000.000 złotych, w terminie 30 dni od daty otrzymania przedmiotowego pisma oraz zapłaty kwoty 10.000 złotych na podstawie art. 444 § 1 k.c., tytułem zwrotu dotychczas poniesionych kosztów leczenia, a na podstawie art. 444 § 2 k.c., przyjęcia odpowiedzialności za skutki szkody, mogące wystąpić w przyszłości, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii zwrotu ponoszonych przez M. K. kosztów dalszego leczenia i rehabilitacji, a co za tym idzie ustanowienia i wypłacenia renty odszkodowawczej w wysokości 5.000 złotych miesięcznie, z powodu rzeczywistego zwiększenia potrzeb poszkodowanej. W piśmie z 11 marca 2009 r., (...) spółka akcyjna z siedzibą w Ł., poinformowała M. K. o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności (...) S.A. za przedmiotowe zdarzenie i wypłaty na jej rzecz świadczenia z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (...) Szpitala (...) w S..

Powódka M. K., zamieszkiwała w L. w Niemczech. W związku z tym leczyła się również w Klinice Uniwersyteckiej w K., w okresie od 17 czerwca 2009 r., do 23 czerwca 2009 r. W ramach leczenia przeprowadzono drenaż ropnia oraz założenie drenażu, a także stosowano terapię antybiotykową. Od września 2007 r., leczona była z powodu przerzutowego raka okrężnicy, M. K. była leczona chemioterapeutycznie w Klinice Uniwersyteckiej w K..

W dniu (...) r., M. K. zmarła.

Rozszczelnienie zespolenia z następowym rozlanym zapaleniem otrzewnej i uszkodzenie śledziona podczas reoperacji należy w przypadku powódki traktować jako powikłania, które mogły się pojawić, pomimo prawidłowego postępowania medycznego, zastosowania odpowiedniej techniki operacyjnej, należytej staranności i ostrożności, zwłaszcza, że chora od wielu lat była leczona sterydami z powodu nieustalonej kolagenozy, co mogło negatywnie wpływać na procesy gojenia oraz destrukcyjnie na mięsz śledziona. Uszkodzenie śledziona nie było w tym przypadku spowodowane zapaleniem otrzewnej. Powikłaniem prawidłowo prowadzonego leczenia był także ropień okołostomijny i ropień powłok, a niewątpliwy wpływ na wystąpienie tego powikłania miało wieloletnie przyjmowanie leków sterydowych oraz podwyższone poziomy cukru w okresie okołoperacyjnym, które mogły powodować obniżenie odporności organizmu i sprzyjać powikłaniom infekcyjnym. Rozlane zapalenie otrzewnej spowodowane nieuszczelnnością zespolenia jelitowego może w stosunkowo krótkim czasie (nawet kilku godzin) przerodzić się w uogólniony stan zapalny będący bezpośrednim stanem zagrożenia życia. Podczas pobytu M. K. w Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Intensywnej Terapii oraz Oddziale Pulmonologicznym nie popełniono błędów, ani diagnostycznych, ani terapeutycznych. Wdrożone tam postępowanie medyczne było prawidłowe, zgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej, a przede wszystkim skuteczne, o czym świadczy fakt, że M. K. przeżyła. Postępowanie medyczne zastosowane wobec powódki było prawidłowe, a wszystkie powikłania, zostały rozpoznane bez zbędnej zwłoki, gdy tylko pozwalały na to objawy kliniczne i wyniki przeprowadzonych badań. Rozmiar dolegliwości bólowych w rozlanym zapaleniu otrzewnej i niedrożności przewodu pokarmowego spowodowanej

zapaleniem otrzewnej uzależniony jest od indywidualnego progu odczuwania bólu, zazwyczaj jednak cierpienia te są znaczne. W stosunku do powódki prawidłowo prowadzono leczenie bólu, stosując właściwe leki. Prawidłowe leki podano również w celu ułatwienia oddania stolca przez pacjentkę. Prawidłowa była decyzja o zastosowaniu lewatywy. Zastosowanie środków typu B., parafina, lewatywa, nie wskazuje na pomylenie przez personel medyczny, objawów niedrożności jelit z objawami zaburzeń perystaltyki jelit. W przypadku M. K. istniały również wskazania do podania F.. Wezwanie proktologa, a właściwie chirurga z oddziału proktologicznego nie byłoby błędem, ale w przypadku M. K. nie było takiej konieczności, zwłaszcza że jej hospitalizacja odbywała się na Oddziale Chirurgii, a pracujący na tego typu oddziałach personel lekarski posiada odpowiednie kwalifikacje do diagnozowania takich problemów zdrowotnych, jakie występowały u M. K.. Wdrożone tam postępowanie diagnostyczne było prawidłowe. Dodatkowa konsultacja nie przyczyniłaby się do szybszego postawienia rozpoznania. Fakt, że w czasie badań, przeprowadzonych w pozwanym szpitalu nie ujawniono „od razu” zmian znamienych dla nieszczelności zespolenia jelitowego i rozlanego zapalenia otrzewnej może wskazywać, że do czasu wykonania tych badań nie doszło do ujawnienia się nieszczelności zespolenia jelitowego i jego następstw, które byłyby widoczne w obrazie ultrasonograficznym. W przedmiotowym przypadku nie było wskazań do prowadzenia bilansu płynowego przed 25 grudnia 2006 r. Postępowaniem prawidłowym w ramach profilaktyka okołoperacyjnej było podawanie powódce antybiotyku. Wszystkie operacje M. K. zostały przeprowadzone ze wskazań medycznych, z zastosowaniem odpowiedniej techniki operacyjnej. Rozejście się zespolenia jelitowego nie było spowodowane zakażeniem okołoperacyjnym. Dobrze drenujące się powikłania ropne, w tym również okolostomijne nie wymagają zakładania drenów, a chorego można wypisać do domu z ropiejącą raną pooperacyjną, jeżeli ropienie dotyczy powierzchni rany i istnieje możliwość zapewnienia opieki ambulatoryjnej, jak miało to miejsce w przypadku powódki. Po operacji z dnia 28 grudnia 2006 r., wobec powódki zastosowano intensywne leczenie, które było prawidłowe, a przede wszystkim skuteczne, o czym świadczy fakt, że M. K. przeżyła. Postępowanie lecznicze, w tym leczenie przeciwwstrząsowe i antybiotykoterapia było prawidłowe i doprowadziło do poprawy stanu zdrowia M. K.. W przedmiotowym przypadku hospitalizacja trwała tyle, ile powinna mając na uwadze wskazania wiedzy medycznej. U chorych po operacji otwarcia jamy brzusznej, w jamie otrzewnej znajduje się powietrze i jest to naturalne i oczywiste następstwo otwarcia jamy brzusznej. Równie naturalnym następstwem tego typu operacji jest osłabienie perystaltyki przewodu pokarmowego, a nawet jej porażenie. Tak więc stwierdzenie osłabienia perystaltyki przewodu pokarmowego i obecności w jamie brzusznej gazu, a także płynu, samo w sobie bez konfrontacji ze stanem klinicznym nie daje podstaw do rozpoznania zapalenia otrzewnej ani wskazań do ponownego otwarcia jamy brzusznej. Wyniki badań obrazowych są wysoce pomocne w rozpoznaniu zapalenia otrzewnej, ale należy pamiętać, że są to jednak tylko badania dodatkowe, kluczową rolę odgrywa tu wywiad i badanie fizykalne, co u powódki przeprowadzono.

Zespół zakażeń szpitalnych powołany w Szpitalu (...) w S. objął monitoringiem wszystkie oddziały, w tym Oddział Chirurgiczny.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Okręgowy uznał powództwo za niezasadne.

Odnosząc się do podniesionego zarzutu przedawnienia Sąd wskazał, że w obecnym stanie prawnym, kwestię tę reguluje art. 442¹ § 1 – 4 k.c. Przepis ten wprowadzony został do kodeksu cywilnego przez art. 1 pkt 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r., (Dz. U., Nr 80, poz. 538), która zmieniła ustawę kodeks cywilny z dnia 10 sierpnia 2007 r. Jednocześnie w art. 1 ust. 1 cytowanej ustawy zmieniającej kodeks cywilny, uchylono art. 442 k.c. Zgodnie z art. 442 § 1 k.c., uchylonym ustawą zmieniającą kodeks cywilny, roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże w każdym przypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Zgodnie z art. 442 § 2 k.c., jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dziesięciu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Zgodnie z art. 442¹ § 1 k.c., wprowadzonym powołaną ustawą, roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Zgodnie z art. 442¹ § 2 k.c., jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Zgodnie z art. 442¹ § 3 k.c., w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej, niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r., (Dz. U., Nr 80, poz. 538), do roszczeń, o których mowa w art. 1, powstałych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, stosuje się przepisy art. 442¹ Kodeksu cywilnego.

Roszczenie powódki, na pewno nie było przedawnione w dniu 3 sierpnia 2008 r. Powódka kwestionowała całość leczenia, stosowanego wobec niej w okresie od 14 grudnia 2006 r., do 26 stycznia 2007 r. W pozwie powódka wyraźnie to wyartykułowała. Już w dacie opuszczenia szpitala powódka była świadoma skutków, nieprawidłowych czynności podejmowanych wobec niej w pozwanym szpitalu. Świadczy o tym fakt, że już 1 lutego 2007 r., powódka poddała się badaniom, których wyniki przedstawiła w niniejszej sprawie jako sprzeczne z badaniami wykonanymi podczas jej pobytu w szpitalu. Zdaniem sądu od 27 stycznia 2007 r., należy liczyć powstanie ewentualnej szkody. W związku z takim przyjęciem daty powstania szkody, w sprawie zastosowanie znajduje przepis art. 442⁽⁽¹⁾⁾ k.c. W niniejszej sprawie, wbrew twierdzeniom powódki nie było żadnych wątpliwości, kto w ocenie powódki obiektywnie odpowiada za szkodę, jakiej powódka doznała. Nie było przeszkodą w pozwaniu szpitala, nieustalenie imiennie osób odpowiedzialnych. Oczywisty był też przebieg zdarzeń, ich miejsce i skutki. Skoro powódka dowiedziała się o szkodzie i osobie odpowiedzialnej 27 stycznia 2007 r., tj. po opuszczeniu pozwanego szpitala, należało uznać, że z dniem 27 stycznia 2010 r., nastąpiło przedawnienie roszczenia powódki wobec pozwanego (...) Szpitala (...) w S.. Tymczasem pozew przeciwko temu pozwanemu został złożony w tutejszym sądzie 13 września 2010 r., a doręczony pozwanemu 14 października 2010 r. Obie czynności nastąpiły po upływie terminu przedawnienia. Sąd wziął pod uwagę fakt, że 17 września 2007 r., M. K. ponownie została przyjęta do pozwanego szpitala i przebywała w nim do 2 października 2007 r. Przyczyną pobytu powódki w tym okresie w pozwanym szpitalu były przerzuty nowotworowe do płuca prawego. Powódka nie kwestionowała podjętych wobec niej podczas tego pobytu działań. Wszystkie zarzuty wymienione w pozwie i kolejnych pismach dotyczyły pobytu zakończonego 26 stycznia 2007 r.

Podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń – (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W., stanowi art. 822 k.c., zgodnie z treścią którego przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony (§1). Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia (§2). Uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (§4).

Do uznania ewentualnej odpowiedzialności tego pozwanego konieczne było ustalenie odpowiedzialności ubezpieczonego szpitala. Strona powodowa wywodziła odpowiedzialność pozwanego szpitala za szkodę wyrządzoną powodowi, z przepisów o odpowiedzialności deliktowej. Przepisem ogólnym regulującym odpowiedzialność deliktową jest art. 415 k.c., który stanowi, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. W przypadku osób prawnych, do których należy pozwany szpital, zastosowanie znajdują także przepisy art. 416 k.c., art. 429 k.c. i art. 430 k.c. regulujące odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez organ osoby prawnej (art. 416 k.c.), pracowników i podwładnych (art. 430 k.c.) oraz inne osoby, którym osoba prawna powierzyła wykonanie czynności,

z którą wiąże się szkoda (art. 429 k.c.). Dodatkowo żądanie powódki należało rozstrzygnąć w oparciu o następujące przepisy: art. 445 § 1 k.c., w zw. z art. 444 § 1 i 2 k.c.

Reżim odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych kształtują przepisy art. 361 – 363 k.c., odnoszące się do odpowiedzialności odszkodowawczej w znaczeniu ogólnym oraz przepisy art. 415 k.c. i następne, posiadające w tym zakresie charakter szczególny. Generalną formułę deliktu sformułowano w przepisie art. 415 k.c., zgodnie z którym, kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłankami odpowiedzialności sprawcy deliktu, na gruncie tego przepisu są: jego czyn, noszący znamiona winy, szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy działaniem sprawcy i szkodą. Pojęcie winy nie zostało w kodeksie cywilnym uregulowane. Zgodnie z ustalonymi poglądami doktryny i orzecznictwa pojęcie to obejmuje dwa elementy składowe – obiektywny i subiektywny. Pierwszy z nich to bezprawność postępowania sprawcy z punktu widzenia powszechnie obowiązujących norm prawa i zasad współżycia społecznego. Drugi z elementów to naganność postępowania, tzn. taki jego charakter, który pozwala uczynić sprawcy zarzut, iż w danej sytuacji podjął i wykonał niewłaściwą decyzję bądź też, że nie uczynił tego, co należało, choć mógł i powinien to uczynić. Jeśli chodzi o odpowiedzialność sprawcy szkody opartą o art. 415 k.c., to odpowiada on za każdy stopień winy, nie tylko za umyślność polegającą na podjęciu działania bezprawnego zmierzającego do wyrządzenia szkody lub co najmniej godzeniu się z jej wystąpieniem, ale również za nieumyślność wyrażającą się tym, że sprawca bądź wyobraża sobie skutek swojego postępowania, lecz bezpodstawnie przypuszcza, iż go uniknie, bądź w ogóle nie wyobraża sobie skutku, choć może i powinien sobie go wyobrazić. Kolejną przesłankę odpowiedzialności z art. 415 k.c., stanowi powstanie szkody, tj. uszczerbku w prawnie chronionych dobrach osoby poszkodowanej. Pod pojęciem "szkody", którego przepisy kodeksu cywilnego nie definiują, należy rozumieć zarówno uszczerbek majątkowy, polegający na uszczupleniu majątku poszkodowanego, jak i uszczerbek niemajątkowy, określane mianem „krzywdy”, stanowiącej konsekwencję naruszenia jego dóbr osobistych, takich jak zdrowie, integralność cielesna. Dla zaistnienia deliktu, o którym mowa w art. 415 k.c., konieczne jest nadto wystąpienie związku przyczynowego pomiędzy bezprawnym działaniem sprawcy i szkodą. Związek przyczynowy określony został w przepisie art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którym zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Na gruncie tego przepisu mamy do czynienia z przyczynowością adekwatną, polegającą na możliwości przyjęcia, że pomiędzy działaniem sprawcy, a szkodą zachodzi związek przyczynowy (jeżeli bez tego działania skutek w postaci szkody nie miałby miejsca, a jednocześnie skutek jest normalnym następstwem działania).

Spełnienie omówionych powyżej przesłanek odpowiedzialności rodzi uprawnienie poszkodowanego do uzyskania odszkodowania za szkody materialne, bądź zadośćuczynienia za szkody niematerialne i stosowny do tego uprawnienia obowiązek sprawcy naprawienia szkody.

W ocenie Sądu I instancji nie ulegało wątpliwości na gruncie niniejszej sprawy, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej unormowana w art. 415 k.c., znajduje zastosowanie w razie winy własnej zakładu lub z winy jej organu (art. 416 k.c.) i jest to tzw. „wina organizacyjna”, gdy pacjent doznał szkody na skutek niewłaściwej organizacji lub nieprawidłowego funkcjonowania zakładu leczniczego, braku odpowiedniego personelu, niedostatecznych kwalifikacji pracowników, braku wymaganej sprzętu, urządzeń i aparatów. W przypadku odpowiedzialności za winę własną muszą być spełnione wszystkie przesłanki odpowiedzialności, która opiera się na zasadzie winy (zdarzenie wywołujące szkodę, związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem, a szkodą oraz wina osoby odpowiedzialnej za szkodę). Jeżeli natomiast szkoda powstała na skutek działania lub zaniechania lekarza lub personelu medycznego, zakład leczniczy odpowiada za nią bądź na zasadzie ryzyka z tytułu odpowiedzialności za osoby, którymi posługuje się przy wykonywaniu swoich zobowiązań stosownie do art. 430 k.c., bądź na zasadzie winy w wyborze na podstawie art. 429 k.c.

Zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu, wykazanie istnienia przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego szpitala spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na poszkodowanych, albowiem oni wywodzą z tych okoliczności skutki prawne.

Sąd wskazał, że stan faktyczny w niniejszej sprawie okazał się częściowo bezsporny, a mianowicie, co do zabiegów przeprowadzonych u M. K. w pozwany szpitalu, co do podania jej konkretnych leków. Sporna była ocena działań i zaniechań personelu medycznego pozwanego szpitala wobec M. K.. Okoliczności bezsporne poparte były dokumentami w postaci dokumentacji medycznej, której autentyczność i wiarygodność nie była kwestionowana przez strony. Dokumenty te stanowiły również podstawę wydania opinii sądowo – lekarskiej, który to dowód uznano za pełni przekonywujący. Sąd oparł się także na dowodach z zeznań świadków: T. M., G. Z., K. P., A. G., K. K., S. K., M. P., I. L., J. G., A. K. (2), I. D., S. B. oraz zeznań stron. Zeznania świadków Sąd uznał za wiarygodne, albowiem ich treść korespondowała z dowodami z dokumentów. Zeznania stron były w wielu kwestiach spójne, lecz zawierały również wartości oceniające postępowanie pozwanego szpitala, które Sąd w zestawieniu z pozostałymi dowodami uznał za nie przekonywujące. Jednocześnie Sąd pominął zaznania świadków: Z. C., E. G. i T. K., bowiem osoby te nie pamiętały i nie знаły żadnych faktów związanych z leczeniem M. K.. Sąd nie wziął też pod uwagę zeznań A. S., który „opisał” organizację pracy w pozwany szpitalu, a okoliczność ta nie miała istotnego wpływu na wyniku rozstrzygnięcia.

Sąd Okręgowy wskazał, że w rozpoznawanej sprawie było bezsporne, że M. K., która zmarła w toku przedmiotowego postępowania, już w 2002 r., chorowała na raka, czego skutkiem było przeprowadzenie operacji wycięcia części esicy. Niesporne również było, że M. K. była kilkakrotnie hospitalizowana w pozwany szpitalu. Pierwszy pobyt M. K. w 2006 r., w tym szpitalu odbył się w okresie od 23 listopada 2006 r., do 1 grudnia 2006 r. i podczas tego pobytu na podstawie komputerowej tomografii klatki piersiowej stwierdzono u niej przykręgosłupowo w segmencie 10 płuca prawego dobrze odgraniczony guzek średnicy 3 cm o policyklicznych zarysach i powiększone lewe nadnercze średnicy 3 cm o wyglądzie gruczolaka. Bezsporne było także to, że następny pobyt M. K. w powyższym szpitalu w okresie od 14 grudnia 2006 r., do 26 stycznia 2007 r., związany był z planowanym przeprowadzeniem operacji polegającej na usunięciu nowotworu z jelita grubego oraz zespoleniu jelita. W czasie tego pobytu przeprowadzono liczne zabiegi i badania M. K.. W dniu 15 grudnia 2006 r., wykonano laparotomię i usunięto częściowo jelito grube oraz wykonano drenaż jamy otrzewnej. W otrzewnej stwierdzono liczne zrosty po przebytej operacji. Zrosty uwolniono i wydobyto esicę i uwidoczniło miejsce zespolenia, a następnie płukano jamę otrzewną. Z kolei na podstawie badania cyto – histopatologicznego nr (...) z dnia 15 grudnia 2006 r., z otrzymanego fragmentu jelita grubego długości 8 mm w błonie śluzowej stwierdzono wyniosłość o wymiarach 3 x 1 cm, będącą nowotworem Adenocarcinoma tabulo – villosum G1 ograniczonym do błony śluzowej. Nie było kwestia sporną również przeniesienie M. K. w dniu 28 grudnia 2006 r., do Oddziału Intensywnej Terapii pozwanego szpitala z rozpoznaniem: niewydolności oddechowej po laparotomii, zaburzenia gospodarki wodnoelektrolitowej, zapalenia otrzewnej spowodowanej nieszczelnością zespolenia esicy, stanu po resekcji esicy z powodu adenocarcinoma 2002 r., przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, niedoczynności tarczycy, zmiany ogniskowej w płucu prawym, gruczolaka lewego nadnercza i kamicy pęcherzyka żółciowego. W związku ze stanem pacjentki zastosowano antybiotykoterapię przez podanie: S., M., B.. M. K. była w stanie średnio – ciężkim, słaba i obolała. Została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego i znieczulenia. Przedoperacyjnie rozpoznano u M. K. insufficjentia colocoloanastomosis. Cięciem otwarto jamę brzuszną, w której było wiele zbiorników ropnych, uwolniono liczne zrosty i resekowano zmienioną zapalnie sieć oraz stwierdzono rozejście zespolenia jelitowego. Resekowano zagięcie śledzionowe okrężnicy wyłaniając stomię jednolufową. Ponadto usunięto śledzionę i masywnie płukano jamę brzuszną. W rozpoznaniu pooperacyjnym stwierdzono niewydolność zespolenia po resekcji raka okrężnicy, ropień wewnątrz jamy brzusznej, kałowe zapalenie otrzewnej. Na podstawie badania cyto – histopatologicznego nr (...) z dnia 28 grudnia 2006 r., z pobranego jelita grubego widoczne były rozległe owrzodzenie oraz średnio obfity odczyn zapalny w otaczającej jelito tkance tłuszczowej. W dniu 31 grudnia 2006 r. stan ogólny M. K. był stabilny, nie gorączkowała i była wydolna oddechowo i krążeniowo. Przeprowadzono w pozwany szpitalu zabieg operacyjny relaparotomii z możliwością stomii jelita grubego z powodu nieszczelności jelita grubego. Zdaniem Sądu niesporne jest, że M. K. po pierwszej operacji uskarżała się na bóle brzucha, który dodatkowo był wzdęty. Następnie M. K. w dniu 26 stycznia 2007 r., przekazana została do dalszego leczenia do Oddział III – Gruźlicy i Chorób Płuc po wygojeniu jamy brzusznej i opanowaniu stanu zapalnego. M. K. została wypisana do domu w dniu 31 stycznia 2007 r., z zaleceniem dalszego leczenia pod kontrolą Poradni Chirurgicznej oraz kontroli w Rejonowej Poradni Chorób Płuc i Onkologicznej.

Sąd oceniając prawidłowość procesów medycznych i diagnostycznych oparł się przede wszystkim na dowodach z opinii Uniwersytetu (...) w Ł. oraz korespondujących z nią dowodach w postaci dokumentacji medycznej. Opinie tę Sąd uznał za w pełni przekonywującą. Po pierwsze, została sporządzona przez kompetentny podmiot dysponujący odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym. Po drugie, instytut naukowy sporządzając opinię oparł się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego, dokonując jego szczegółowej analizy w kontekście tezy dowodowej wynikającej z postanowienia sądu o przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego i poddając go następnie weryfikacji w oparciu o wskazane w opinii metody badawcze. Po trzecie, opinia ta jest jasna i pełna, a wnioski w niej zawarte zostały logicznie uzasadnione, stanowiąc konsekwentne zwięźczenie przedstawionego w opinii procesu rozumowania. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd uznał opinię za w pełni przekonywującą, tym bardziej, że w uzupełniającej opinii lekarze w sposób wyczerpujący odnieśli się do zarzutów podniesionych przez stronę powodową.

W oparciu o powyższą opinię nie można przypisać pozwanemu szpitalowi dopuszczenia się czynu niedozwolonego polegającego na popełnieniu błędów w Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Intensywnej Terapii oraz Oddziale Pulmonologicznym w zakresie diagnostyki oraz terapii. Zdaniem biegłych lekarzy wdrożone w pozwanym szpitalu postępowanie medyczne było prawidłowe, zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej, a przede wszystkim skuteczne, o czym świadczy fakt, że M. K. przeżyła. W opinii wskazano, że wszystkie powikłania, w tym rozlane zapalenie otrzewnej w przebiegu nieszczelności zespolenia zostały rozpoznane bez zbędnej zwłoki, gdy tylko pozwalały na to objawy kliniczne i wyniki przeprowadzonych badań. Ponadto biegli podkreślili, iż rozlane zapalenie otrzewnej u M. K. rozwinęło się z powodu nieszczelności zespolenia jelitowego należy traktować jako powikłanie prawidłowo zastosowanego leczenia, które wystąpiło w okresie pooperacyjnym. Biegli wskazali, że po operacji z dnia 28 grudnia 2006 r., zastosowano intensywne leczenie, które było prawidłowe i postępowanie lecznicze, w tym leczenie przeciwwstrząsowe i antybiotykoterapia było również prawidłowe i doprowadziło do poprawy stanu zdrowia M. K.. Jednocześnie biegli podkreślili, że postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne wdrożone względem M. K., w tym również związane z diagnostyką i leczeniem braku odpowiedniej diurezy było prawidłowe. Biegli jednoznacznie stwierdzili, że przygotowanie chorej do operacji w dniu 15 grudnia 2006 r., było właściwe i było to typowe przygotowanie przed operacją na jelicie grubym. Uwolnienie licznych zrostów po poprzedniej operacji, wycięcie części jelita grubego, zespolenie jelita koniec do końca i pozostawienie w jamie otrzewnej drenu również było postępowaniem prawidłowym, zgodnym ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej. Biegli wydając opinię na ten temat wzięli pod uwagę stan powódki wynikający z całej przedstawionej przez nią dokumentacji medycznej. Dalej biegli stwierdzili, że pomimo zgłaszanego przez chorą bólu brzucha jej stan nie budził zastrzeżeń. Ocena prognozy bólu jest indywidualnie zróżnicowana. Zgodnie z zasadą zwalczania bólu w okresie pooperacyjnym, chorej podawano właściwe leki przeciwbólowe. W pozwanym szpitalu prowadzono prawidłowe leczenie pooperacyjne i związaną z tym obserwację pacjenta. We właściwym czasie wdrożono żywienie doustne. We właściwym też czasie wykonano badanie USG jamy brzusznej i pasaż jelitowy. Ich wynik doprowadził w dniu 28 grudnia 2006 r., do wykonania reoperacji. Biegli jednoznacznie też stwierdzili, że przedostanie się treści jelitowej do jamy otrzewnej zawsze prowadzi do zakażenia bakterią kałową i rozwoju zapalenia otrzewnej. Do uszkodzenia śledziony, wbrew twierdzeniom powódki, doszło w czasie reoperacji, z powodu konieczności uwolnienia ze zrostów okolicy zgięcia śledzionowatego. Manewr ten był ze swej natury obciążony ryzykiem uszkodzenia śledziony, zwłaszcza przy współistniejących zrostach otrzewnowych, rozlanym zapaleniu otrzewnej i licznych zbiornikach ropnych w jamie otrzewnej. W związku z tym powstała konieczność usunięcia śledziony. Zarówno rozszczelnienie zespolenia z następowym rozlanym zapaleniem otrzewnej, jak i uszkodzenie śledziony podczas reoperacji (a nie jak twierdziła powódka wcześniej, wskutek zakażenia bakterią) należy w tym przypadku traktować jako powikłania, które mogły się pojawić, pomimo prawidłowego postępowania medycznego, zastosowania odpowiedniej techniki operacyjnej, należytej staranności i ostrożności, zwłaszcza, że chora od wielu lat była leczona sterydami z powodu nieustalonej kolagenozy, co mogło negatywnie wpływać na procesy gojenia oraz destrukcyjnie na miąższ śledziony. W ocenie biegłych powikłaniem prawidłowo prowadzonego leczenia był także ropień okołostomijny i ropień powłok, a niewątpliwy wpływ na wystąpienie tego powikłania miało wieloletnie przyjmowanie leków sterydowych oraz podwyższone poziomy cukru w okresie okołoperacyjnym, które mogły powodować obniżenie odporności organizmu i sprzyjać powikłaniom infekcyjnym. Podczas pobytu M. K. w

Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Intensywnej Terapii oraz Oddziale Pulmonologicznym nie popełniono błędów, ani diagnostycznych, ani terapeutycznych. Wdrożone tam postępowanie medyczne było prawidłowe, zgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej, a przede wszystkim skuteczne, o czym świadczy fakt, że M. K. przeżyła. Wszelkie powikłania pooperacyjne, które wystąpiły u powódki, zostały rozpoznane bez zbędnej zwłoki, gdy tylko pozwalały na to objawy kliniczne i wyniki przeprowadzonych badań. Podanie Bisacodylu i parafiny, biegli ocenili jako korzystne w stanie powódki. Tak samo biegli ocenili wykonanie lewatywy. Podali, że w przypadku powódki istniały również wskazania do zastosowania leczenia F.. Nie było konieczności wezwania proktologa. Wdrożone wobec powódki postępowanie diagnostyczne było prawidłowe, a rozpoznanie kolejnych powikłań, w tym zwłaszcza rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu rozejścia się zespolenia jelitowego zostało postawione bez zbędnej zwłoki, a biorąc pod uwagę przebieg kliniczny choroby, konsultacja proktologa, czy chirurga proktologa najprawdopodobniej nie przyczyniłaby się do szybszego postawienia rozpoznania.

Analizując zapisy dokonane w dokumentacji medycznej biegli nie znaleźli podstaw do przyjęcia, że badania USG zostały przeprowadzone nieprawidłowo, a wyniki tych badań zostały nieprawidłowo zinterpretowane. Biegli szczegółowo uzasadnili swoje stanowisko w tej kwestii. Odnosząc się do porównania wyników nadań wykonanych na zlecenie powódki i porównania ich z badaniami wykonanymi w pozwanym szpitalu biegli stwierdzili, że badania, na które powołuje się powódka były wykonywane w różnym czasie, co czyni ich porównywanie mało wiarygodnym. Jednocześnie biegli stwierdzili, że zakażenie mogło rozwinąć się w ciągu kilku godzin, stąd różnice w wynikach badań wykonanych w różnym czasie. Wszystkie operacje M. K. zostały przeprowadzone ze wskazań medycznych, z zastosowaniem odpowiedniej techniki operacyjnej, a dane z akt sprawy nie dają podstaw do stwierdzenia, że wykonano je w sposób niestaranny lub nieostrożny. Rozejście się zespolenia jelitowego nie było spowodowane zakażeniem okołoperacyjnym. Natomiast rozejście się zespolenia jelitowego doprowadziło do zakażenia jamy otrzewnej i rozwoju rozlanego zapalenia otrzewnej z jej następstwami. W przedmiotowym przypadku problemem klinicznym nie było wodobrzusze, a rozlane zapalenie otrzewnej w przebiegu rozejścia się zespolenia jelitowego. Do niewydolności nerek u M. K. doszło w przebiegu rozlanego zapalenia otrzewnej i przyczyna upośledzenia funkcji nerek nie budzi w tym przypadku żadnych wątpliwości. Dlatego też nie było wskazań do pogłębiania diagnostyki w tym kierunku. Natomiast monitoring funkcji nerek był prowadzony w sposób prawidłowy i wystarczający w ówczesnym stanie zdrowia M. K.. W monitorowaniu funkcji nerek kluczową rolę odgrywa bilans płynowy wraz z oceną stężenia mocznika i kreatyniny we krwi, także ocena stężenia elektrolitów we krwi, ciśnienia tętniczego i żylnego, ewentualnie badanie USG nerek i takie też badania były wykonywane. Dowodem na to, że leczenie, w tym leczenie niewydolności nerek w czasie pobytu M. K. w Oddziale Intensywnej Terapii było prawidłowe jest fakt, że chora przeżyła, a stan jej zdrowia uległ istotnej poprawie. Ponadto biegli wydający opinię w sprawie nie podzielili zastrzeżeń powódki, a następnie powodów, że zabieg lewatywy został zlecony niewłaściwie, a mianowicie, po zespoleniu jelita nie powinien zostać u powódki przeprowadzony. Biegli kategorycznie stwierdzili, że istniały przesłanki do przeprowadzenia tego zabiegu. Postępowanie dowodowe nie wykazało również, że zakażenie grzybicą było nietypowe. Biegli jednoznacznie stwierdzili, że w tego typu przypadkach, przy poddawaniu leczeniu antybiotykoterapią zakażenie grzybicze występuje w większości wypadków. Przy czym zakażenie to zostało wyleczone. Twierdzenie powódki, że uzyskała informację od pielęgniarki, że grzybica została spowodowana najprawdopodobniej niewłaściwym stanem higienicznym basenu, którego używała powódka, nie wytrzymuje żadnej krytyki. Przede wszystkim twierdzenie to opiera się na zasłyszanej informacji. Powódka nie wskazała nawet konkretnej osoby, która takiej informacji udzieliła. Poza tym, powódka wśród argumentów podnosiła, że była pielęgniarką, w związku z tym powinna wiedzieć, że pielęgniarka nie należy do zespołu stawiającego diagnozy. Wreszcie trudno przyjąć, że pielęgniarka pozwanego szpitala odpowiadająca za stan higieniczny urządzeń szpitalnych, poddała w wątpliwość czystość tych urządzeń i uczyniła to wobec pacjenta. Dodatkowo biegli w swojej opinii wyjaśnili przyczynę zakażenia powódki grzybicą i z ich opinii w żaden sposób nie wynika by przyczyną tą mogło być niezachowanie należytej czystości urządzeń, z których korzystają pacjenci. Z przedstawionych dokumentów, nie wynikało, jak twierdziła powódka, że przeprowadzone w tym samym okresie czasu badania kontrolne, wykonane na zlecenie i koszt powódki poza szpitalem, ujawniły wyniki badań odmienne, niż wyniki przedstawione przez pozwany (...) Szpital (...). W jamie brzusznej powódki odkryto bowiem między innymi płyn będący ropieniem. Tymczasem podczas badań wykonanych w tym samym czasie w pozwanym szpitalu w jamie brzusznej powódki nie stwierdzono płynu wolnego ani otorbionego, pomimo iż powódka sygnalizowała wystąpienie

tego rodzaju powikłań. Z dokumentów przedstawionych między innymi przez powódkę wynika, że poszczególne badania przeprowadzono w innych datach. Z opinii biegłych zaś wynika, że do zakażenia wystarcza kilka godzin. W związku z tym mogło być tak, że przeprowadzone jednego dnia badania w szpitalu nie wykazały zakażenia, natomiast na drugi dzień zakażenie już wywiązało się. To samo dotyczy powstania ropnia. Poza tym z treści dokumentów zawierających wyniki badań powódki wynika, że ilość stwierdzonego w badaniach, przeprowadzonych na zlecenie powódki, płynu (ropy) sukcesywnie malała, co potwierdza fakt, że ropiejąca rana powódki goiła się. Nie było też prawdą, że poprawę stanu zdrowia oraz ustąpienie dolegliwości bólowych powódka odczuła dopiero na etapie leczenia w szpitalu na terenie Niemiec. We wrześniu 2007 r., powódka ponownie przebywała w pozwanym szpitalu na Oddziale Pulmonologicznym i została poddana tam kolejnej operacji. Gdyby stan zdrowia powódki był tak zły, jak to powódka relacjonuje, operacji by nie wykonano. Poza tym z dokumentów medycznych z tego pobytu nie wynika, by powódka uskarżała się na jakiegokolwiek bóle. Również ta operacja była planowa, a co za tym idzie nie mogła zostać przeprowadzona, gdyby stan powódki na to nie zezwalał. Powódka nie wykazała, a z zeznań świadków, nawet najbliższej rodziny powódki, którzy odwiedzali ją w szpitalu, nie wynika, że personel medyczny był wobec powódki arogancki i w sposób lekceważący odnosił się do potrzeb pacjentów.

Zdaniem Sądu opinia biegłych w niniejszej sprawie była kategorię. Biegli zawarli w niej odpowiedzi na wszystkie pytania sądu, wyjaśnili działania osób zaangażowanych w pozwanym szpitalu w leczenie M. K.. Autorami opinii było kilka osób, które dokonały analizy postępowania personelu medycznego w oparciu o dokumentację medyczną. Wszystkie kwestie zawarte w tezie dowodowej zostały jasno omówione i przedstawione. Powodowie zakwestionowali tę opinię w całości jednakże nie przedstawili konkretnych argumentów przeciwko argumentom zawartym w opinii. W tej sytuacji Sąd nie dopatrywał się przesłanek do dopuszczenia dowodu z kolejnej opinii biegłych, na wniosek powodów. Kolejny dowód mógłby zostać przeprowadzony tylko w sytuacji gdyby pozostałe jakiegokolwiek niewyjaśnione kwestie. Tymczasem powodowie złożyli wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii analizując według własnego uznania i przekonania materiał dowodowy.

Oceniając żądanie powódki M. K., a po jej śmierci powództwo zgłoszone przez A. P. (1) i D. K. Sąd stwierdził, że twierdzenia oraz podniesione zarzuty, co do występujących nieprawidłowości w leczeniu M. K. nie znalazły potwierdzenie w zgromadzonym materiale dowodowym. Poza zeznaniami M. K. żaden inny dowód nie wskazuje, że doszło do rozstroju zdrowia M. K., czy pogorszenia jej stanu zdrowia i to z winy pozwanego szpitala. Podczas pobytu w szpitalu przeprowadzono zabiegi i leczenie ratujące M. K. życie. Usunięto nowotwór, wcześniej zdiagnozowany, stanowiący wznówę nowotworu usuniętego w 2002 r. Przed zabiegami i leczeniem przeprowadzonym w pozwanym szpitalu w okresie od 15 grudnia 2006 r., do 26 stycznia 2007 r., wykryto zresztą u M. K. kolejne ognisko nowotworowe w płucu. Nie można zatem przyjąć, że stan zdrowia M. K. wskutek tego pobytu w szpitalu pogorszył się.

Podstawą prawną powództwa o zapłatę zadośćuczynienia jest art. 445 § 1 k.c. Zgodnie z treścią tego przepisu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Warunkiem koniecznym uwzględnienia żądania zgłaszanego przez powódkę w tym zakresie i przyznania odpowiedniej sumy pieniężnej jest wykazanie, że pozwany ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za powstałą szkodę, tj. za spowodowanie u poszkodowanych uszkodzeń ciała lub rozstroju zdrowia. Krzywda w rozumieniu tego przepisu ujmowana jest powszechnie zarówno jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości), a także jako cierpienie psychiczne (ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi, czy też procesem leczenia lub też następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia, np. zeszpecenie, wyłączenie z normalnego życia). Przepisy Kodeksu cywilnego nie określają zaś żadnych kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia, pozostawiając tą kwestię sędziowskiemu uznaniu i praktyce sądowej. W konsekwencji rozstrzygając w tym zakresie należy mieć na uwadze wszystkie okoliczności sprawy wpływające na rozmiar doznanej krzywdy, w tym w szczególności rodzaj i skutki doznanych obrażeń, widoczne blizny, czas trwania cierpień, nieodwracalny charakter następstw wypadku, stopień winy sprawcy szkody, jak również subiektywne odczucia poszkodowanego. Powódka w żaden sposób nie wykazała, aby w skutek zachowania personelu medycznego pozwanego szpitala doznała samoistnych uszkodzeń ciała lub rozstroju zdrowia, ewentualnie by jej stan zdrowia pogorszył się. Wszelkie negatywne w ocenie powódki skutki przeprowadzonych zabiegów są wynikiem

choroby nowotworowej na którą cierpiała, co wynika jednoznacznie z opinii biegłych. Odczuwany przez powódkę ból jest nieodłącznie związany z przeprowadzeniem operacji, powikłania które wystąpiły, były w ocenie biegłych „normalnymi” powikłaniami, które mogły wystąpić, szczególnie w przypadku powódki, która od wielu lat przyjmowała leki sterydowe, a nadto miała cukrzycę.

Powódka w ramach swoich twierdzeń podnosiła, że z osoby sprawnej stała się osoba uzależniona od osób trzecich. Tymczasem z decyzji opisanej w stanie faktycznym wynika, że orzecznik uznał M. K. jako niezdolną do samodzielnej egzystencji od 1 grudnia 2006 r., a więc jeszcze przed przyjęciem jej do pozwanego szpitala. Z tego tytułu pozwana pobierała dodatek pielęgnacyjny.

Sąd stwierdził, że lekarzom zajmującym się diagnostyką i leczeniem M. K. nie można postawić zarzutu jakiegokolwiek zaniedbania, bądź działania w sposób niezgodny ze wskazaniami wiedzy i praktyki medycznej. Ze zgromadzonego materiału dowodowego nie wynika, że działaniom lekarzy można przypisać cechy naganne jak niewiedza, nieostrożność lub niedbalstwo. Dopiero ustalenie, że doszło do nieprawidłowego i zawinionego działania lekarzy uzasadniałoby odpowiedzialność pozwanego szpitala, a w dalszej kolejności determinowałoby odpowiedzialność gwarancyjną pozwanego ubezpieczyciela. Strona powodowa nie wykazała istnienia jednej z przesłanek uznania odpowiedzialności z art. 415 k.c., a mianowicie winy personelu medycznego pozwanego szpitala. W związku z tym brak było podstaw do zastosowania przepisów art. 416 k.c., art. 429 k.c. i art. 430 k.c. To z kolei wykluczyło możliwość zastosowania art. 822 k.c.

Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd wskazał art. 98 § 1 k.p.c. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w tym przepisie strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić stronie przeciwnej na jej żądanie poniesione przez nią koszty procesu niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. W niniejszej sprawie uznać trzeba, że strona powodowa przegrała sprawę w całości i z tego powinna zostać na nią obowiązek zwrotu pozwanym wszystkich poniesionych przez nich kosztów procesu. Na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. Sąd pozostawił szczegółowe wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka A. P. (1)

powódki w dniu 4 września 2014 r. zaskarżając go w całości i zarzucając:

- niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

- art. 217 § 3 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. w zw. z art. 290 § 1 zdanie drugie k.p.c. poprzez bezzasadne oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego instytutu badawczo-naukowego, pomimo iż okoliczności, na które został zgłoszony ten dowód wymagały wiadomości specjalnych, opinia instytutu badawczo-naukowego Uniwersytetu (...) w Ł. z dnia 28 października 2013 r. nie zawierała elementów ustaleń poczynionych przez biegłych na podstawie materiału dowodowego znajdującego się w aktach sprawy, nie uwzględniała całościowej dokumentacji medycznej M. K. sporządzonej w (...) Szpitalu (...) w S. (min. karty zleceń lekarskich i wypisów, kart obserwacji, kart wyników diagnostycznych, księgi zabiegów pielęgniarских), nie korespondowała z zeznaniami świadka T. M. i K. K. oraz M. K. i A. P. (1) co do stanu M. K. w dniu drugiego zabiegu, tj. 28 grudnia 2006 r. oraz przyczyn usunięcia śledziony, odpowiedzi na pytania były niepełne, skromne, lakoniczne, biegli udzielając odpowiedzi nie odwoływali się do konkretnego materiału dowodowego sprawy, na podstawie którego doszli do wniosków opisanych w opinii, co uniemożliwiło porównanie poszczególnych ustaleń z konkretnymi elementami materiału dowodowego pod kątem prawidłowości rozumowania biegłych orzekających w sprawie, zaś opinia uzupełniająca tegoż samego instytutu naukowo-badawczego z dnia 25 lutego 2014 r. nie stanowiła w żadnym zakresie odpowiedzi na zgłoszone przez powodów zastrzeżenia oraz wątpliwości (zebrane w 23 punktach pisma z dnia 29 listopada 2013 r.), co więcej biegli odmówili w sposób wyraźny ustosunkowania się do ich treści, i tym samym okoliczności sprawy nie zostały wyjaśnione z wynikiem zgodnym z twierdzeniem powodów;

- sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 290 § 1 zdanie pierwsze k.p.c. poprzez przyjęcie, że opinia instytutu badawczo-naukowego Uniwersytetu (...) w Ł. z dnia 28 października 2013 r. i opinia uzupełniająca tegoż samego instytutu naukowo-badawczego z dnia 25 lutego 2014 r. była jasna, pełna, a wnioski w niej zawarte zostały logicznie uzasadnione, stanowiąc konsekwentne zwięźczenie przedstawionego w opinii procesu rozumowania, podczas gdy powodowie wnieśli wiele zastrzeżeń i podnieśli szereg wątpliwości do przedmiotowej opinii, bowiem przedmiotowa opinia (jak i opinia uzupełniająca) nie zawierała elementów ustaleń poczynionych przez biegłych na podstawie materiału dowodowego znajdującego się w aktach sprawy, nie uwzględniała całościowej dokumentacji medycznej M. K. sporządzonej w (...) Szpitalu (...) w S. (m.in. karty zleceń lekarskich i wypisów, kart obserwacji, kart wyników diagnostycznych, księgi zabiegów pielęgniarskich), nie korespondowała z zeznaniami świadka T. M. i K. K. oraz M. K. i A. P. (1) co do stanu M. K. w dniu drugiego zabiegu, tj. 28 grudnia 2006 r. oraz przyczyn usunięcia śledziony, odpowiedzi na pytania były niepełne, skromne, lakoniczne, biegli udzielając odpowiedzi nie odwoływali się do konkretnego materiału dowodowego sprawy, na podstawie którego doszli do wniosków opisanych w opinii, co uniemożliwiło porównanie poszczególnych ustaleń z konkretnymi elementami materiału dowodowego pod kątem prawidłowości rozumowania biegłych orzekających w sprawie, zaś opinia uzupełniająca tegoż samego instytutu naukowo-badawczego z dnia 25 lutego 2014 r. nie stanowiła w żadnym zakresie odpowiedzi na zgłoszone przez powodów zastrzeżenia oraz wątpliwości (zebrane w 23 punktach pisma z dnia 29 listopada 2013 r.), co więcej biegli odmówili w sposób wyraźny ustosunkowania się do ich treści, i tym samym okoliczności sprawy nie zostały wyjaśnione z wynikiem zgodnym z twierdzeniem powodów;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny dowodu z zeznań M. K., A. P. (1) w sposób newszechstronny i sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, bowiem Sąd uznał je za nieprzekonujące w przedmiocie sprawowania niewłaściwej opieki nad M. K. w (...) Szpitalu (...) w S., okoliczności zakażenia się M. K. grzybicą ww. Szpitalu, przyczyn rozszczelnienia jelita grubego M. K., braku reakcji na zakażenie niezwłocznie po jego powstaniu i ujawnieniu się symptomów powikłań, zbyt późnego wykrycia powikłań, podczas gdy zeznania te były jasne, spójne i rzeczowe oraz korelowały ze sobą i dokumentacją medyczną znajdującą się w aktach sprawy;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny dowodu z zeznań K. K., w sposób newszechstronny i sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, bowiem Sąd uznał je za wiarygodne i korespondujące z dowodami z dokumentów w przedmiocie stanu M. K. w dniu drugiego zabiegu, tj. 28 grudnia 2006 r. oraz przyczyn usunięcia śledziony, podczas gdy świadek ów w odmienny sposób przedstawiał sytuację stanu zdrowia M. K. w dniu zabiegu i powody usunięcia śledziony w trakcie zeznań w Prokuraturze, czy w pisemnych wyjaśnieniach do Dyrektora Szpitala (...), które znajdują się w aktach sprawy karnej, inaczej zaś przedstawiał sytuację M. K. w trakcie zeznań przed Sądem I instancji w niniejszej sprawie, nadto zeznania te stoją w sprzeczności z zapisami karty operacyjnej z dnia 28 grudnia 2006 r. operacji wykonanej u M. K., oraz zeznaniami przeprowadzającego operację T. M., który zeznał, że po otwarciu jamy brzusznej u M. K. stwierdził stan zapalny, a treść jelitowa musiała się wydostawać do wewnątrz od dłuższego czasu;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny dowodu z dokumentacji medycznej operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. wykonanej na M. K. w sposób newszechstronny i sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, bowiem Sąd przyjął, że dokumentacja ta koreluje z pozostałymi dowodami w sprawie w tym - z opinią instytutu naukowo-badawczego i zeznaniami świadków, że w trakcie operacji w dniu 15 grudnia 2014 r. nie doszło do uszkodzenia zstępnicy, a przyczyną wylania się treści jelitowej do jamy brzusznej było rozszczelnienie się zespolenia jelita po operacji, podczas gdy zgodnie z zapisami dokumentacji medycznej operacja polegała na usunięciu części esicy i następnie zespoleniu jelita koniec do końca, zaś badanie wykonane po ww. operacji - seriogram jelita cienkiego, wykazało wydostawanie się kontrastu poza światło przewodu pokarmowego w połowie zstępnicy, co przeczy ustaleniom Sądu I instancji;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny dowodu z dokumentacji medycznej M. K. - odpisu rejestrów dodatknych posiewów od 1 lipca 2006 r. do 31 grudnia 2006 r., w sposób newszechstronny i sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, bowiem Sąd przyjął, że dokumentacja ta koreluje z pozostałymi dowodami i nie dowodzi, że M. K. została

zakażona w trakcie hospitalizacji w pozwanym szpitalu (...) w S., pomimo iż w pobrany w dniu 29 grudnia 2006 r. wymaz z rurki inkubacyjnej wykazał u M. K. obecność bakterii *Acinetobacter baumannii* odpornej na antybiotyki, wywołującej zapalenie jelit i sepsę u osłabionych pacjentów oraz bakterii pałeczki *Klebsiella (K. pneumoniae)*, prowadzące do zakażenia objawowych ze strony układu moczowego, pokarmowego i oddechowego przebiegające z posocznicą kończącą się zejściem śmiertelnym w 28-55% przypadków, pomimo iż infekcje tymi bakteriami są zakażeniami wewnątrzszpitalnymi, co potwierdzają również zeznania M. K. i A. P. (1);

- art. 233 § 1 i 2 i art. 328 § 2 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, dokonanej wybiórczo, polegającej na zupełnym pominięciu dowodów znajdujących się w aktach sprawy w tym z dokumentacji medycznej M. K. dot. operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. i 28 grudnia 2006 r., odpisu rejestrów dodatknych posiewów od 1 lipca 2006 r. do 31 grudnia 2006 r., zeznań świadka T. M. w zakresie stanu zdrowia M. K. w trakcie operacji w dniu 28 grudnia 2006 r. oraz przyczyn usunięcia śledziony, dowodu z przesłuchania M. K. i A. P. (1) w zakresie sprawowania niewłaściwej opieki nad M. K. w (...) Szpitalu (...) w S., okoliczności zakażenia się M. K. grzybicą w w. Szpitalu, przyczyn rozszczelnienia jelita grubego M. K., braku reakcji na zakażenie niezwłocznie po jego powstaniu i ujawnieniu się symptomów powikłań, zbyt późnego wykrycia powikłań, oraz oparciu się przy rozstrzygnięciu jedynie na opinii instytutu naukowo- badawczego, która zawierała szereg nieścisłości i niejasności oraz była kwestionowana przez powodów;

- naruszenie przepisów prawa materialnego - art. 415 k.c. i art. 430 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że w niniejszej sprawie pozwany (...) Szpital (...) w S. nie wyrządził swoim zawinionym postępowaniem szkody M. K. i w konsekwencji powodom nie przysługiwało zadośćuczynienie;

- naruszenie art. 822 k.c. w zw. z art. art. 415 k.c. i art. 430 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że w niniejszej sprawie pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. nie ponosi odpowiedzialności za zawinione działanie ubezpieczonego tj. (...) Szpitala (...) w S., w wyniku którego szkodę poniosła M. K.,

- naruszenie art. 442⁽¹⁾ § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że termin przedawnienia w niniejszej sprawie rozpoczął się 27 stycznia 2007 r., gdyby Sąd nie podzielił powyższego zarzutu powódki, naruszenie art. 5 k.c. poprzez jego niezastosowanie w niniejszej sprawie podczas gdy zachodziły przesłanki do uznania, że zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwany (...) Szpital (...) w S., jest niezgodny z zasadami współżycia społecznego;

- naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż powodowie nie udowodnili faktów jak i okoliczności, które podnosili w ramach przedmiotowego postępowania pomimo wykazania za pomocą dowodów z dokumentów jak i zeznań świadków oraz przesłuchania stron wszystkich przesłanek niezbędnych do przyjęcia odpowiedzialności pozwanych jak i zasadności wysokości zadośćuczynienia.

Na podstawie powyższych zarzutów powódka wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, ewentualnie o jego zmianę zaskarżonego i orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu, w tym również zasadzenie od pozwanych na rzecz powódki kosztów procesu. Ponadto na podstawie art. 380 k.p.c. skarżąca wniosła o ponowne rozpoznanie jej wniosku dowodowego zawartego w pismach procesowych z dnia 29 listopada 2013 r. i 17 kwietnia 2014 r. o przeprowadzenie dowodu z opinii innego instytutu naukowo-badawczego. Powódka wniosła również o zasądzenie solidarnie od pozwanych na rzecz powódki kosztów postępowania apelacyjnego wg. norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że Sąd I instancji czyniąc ustalenia faktyczne oparł się przede wszystkim na dowodach z opinii instytutu naukowo-badawczego Uniwersytetu (...) w Ł. oraz korespondujących z nią dowodach w postaci dokumentacji medycznej. Pomiął natomiast zeznania M. K. jak i A. P. (1), oraz częściowo zeznania T. M. (co do stanu M. K. w trakcie reoperacji w dniu 28 grudnia 2006 r.), oraz dokumentację medyczną, w tym dot. operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. i 28 grudnia 2006 r. oraz odpisy rejestrów dodatknych posiewów od 1 lipca 2006 r. do 31 grudnia 2006 r. Zarzuty powódki sprowadzają się zasadniczo do naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 k.p.c. Sąd nie dostrzegł błędów i sprzeczności w opinii instytutu naukowo-badawczego i wadliwie przyjął wnioski i ocenę

dowodów zebranych w niniejszej w sprawie zawartych w ww. opinii za swoje. Opinia Instytutu Badawczo - Naukowego Uniwersytetu (...) w Ł. z dnia 28 października 2013 r. nie zawierała elementów ustaleń poczynionych przez biegłych na podstawie materiału dowodowego znajdującego się w aktach sprawy, nie uwzględniała całościowej dokumentacji medycznej M. K. sporządzonej w (...) Szpitalu (...) w S. (m.in. karty zleceń lekarskich i wypisów, kart obserwacji, kart wyników diagnostycznych, księgi zabiegów pielęgniarskich), nie korespondowała z zeznaniami świadka T. M. i K. K. oraz M. K. i A. P. (1) co do stanu Mafii K. w dniu drugiego zabiegu, tj. 28 grudnia 2006 r. oraz przyczyn usunięcia śledziony. Odpowiedzi na pytania były niepełne, skromne, lakoniczne. Biegli udzielając odpowiedzi nie odwoływali się do konkretnego materiału dowodowego sprawy, na podstawie którego doszli do wniosków opisanych w opinii, co uniemożliwiło porównanie poszczególnych ustaleń z konkretnymi elementami materiału dowodowego pod kątem prawidłowości rozumowania biegłych orzekających w sprawie. Analiza opinii biegłych oraz materiału dowodowego nasuwa zasadniczą wątpliwość co do tego w jakim miejscu faktycznie doszło do rozszczelnienia jelita Pani M. K. po zabiegu operacyjnym z dnia 15 grudnia 2006 r. Jak wynika ze znajdującej się w aktach sprawy dokumentacji medycznej operacja z dnia 15 grudnia 2006 r. polegała na usunięciu części esicy i następnie zespoleniu jelita koniec do końca. Z treści opinii biegłych (str. 29) wynika, że po operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. wykonano seriogram jelita cienkiego. Ustalono, że pasaż przez jelito cienkie niepoślędzony. W połowie zstępnicy kontrast wydostaje się poza światło przewodu pokarmowego. Zstępnica (okrężnica zstępująca) jest to część okrężnicy rozciągająca się od lewego zagięcia śledzionowego w dół do brzegu miednicy, gdzie rozpoczyna się okrężnica esowata tzw. esica. Nie ulega zatem wątpliwości, że zstępnica to nie esica. Co więcej, zważywszy na stwierdzenie, że kontrast wydostaje się w połowie wysokości zstępnicy, wydaje się mało prawdopodobnym aby chodziło o miejsce zespolenia jelita po operacji z dnia 15 grudnia 20106 r. W związku z powyższym, wobec takich zapisów w opinii i dokumentacji medycznej zachodziło uzasadnione podejrzenie, że w trakcie operacji w dniu 15 grudnia 2006 r. mogło dojść do uszkodzenia zstępnicy, co skutkowało wylaniem się następnie treści jelitowej do jamy brzusznej. Należy mieć bowiem na uwadze, że najczęstszą przyczyną zapalenia otrzewnej jest przedziurawienie narządów jamistych. Zapalenie z przedziurawienia występuje w przypadku uszkodzenia przewodu pokarmowego np.: z przyczyn jatrogennych, jak i z powodu wykonywania wlewów doodbytniczych, w tym lewatyw i wlewów kontrastowych i nie ulega wątpliwości, że w takim przypadku leczenie chirurgiczne, które jest przecież jedyną możliwością leczenia, powinno być wdrożone jak najszybciej. Sąd I instancji w ogóle nie zbadał wyżej opisanej kwestii ani też nie polecił zbadania tego zagadnienia biegłym, pomimo że było to podnoszone przez stronę powodową. Pominięcie przez Sąd tak istotnego zarzutu skierowanego pod adresem Szpitala nie może być uznane za ocenę materiału dowodowego zgodną zasadami swobodnej oceny dowodów.

Sąd I instancji, analizując opinię biegłych nie dostrzegł również, że nie zostały przez biegłych uwzględnione podstawowe dowody wskazujące na możliwość zaniedbań w procesie medycznym wobec M. K.. Przede wszystkim nie został poddany jakiegokolwiek ocenie dowód z zeznań M. K., złożonych jeszcze za jej życia w Konsulacie w Niemczech, przy czym nie można zapominać, że M. K. była zawodową pielęgniarką, a więc potrafiła ocenić swój stan i wykonywane przy niej przez personel medyczny czynności również poprzez pryzmat swego wieloletniego doświadczenia. W konsekwencji opinię biegłych należy uznać za niewyczerpującą zagadnienia będącego jej przedmiotem oraz niepełną. Opinia ta nie uwzględniała tzw. karty zleceń lekarskich i wpisów, kart obserwacji, kart wyników diagnostycznych, księgi zabiegów pielęgniarskich. Opinia nie zawierała analizy czy jakość opisów badań diagnostycznych jest prawidłowa w stosunku do wykonanych badań, a także nie analizuje problematyki doboru wykonanych badań i ich wyników w stosunku do stanu zdrowia chorej, czyli nie uwzględnia innych możliwości diagnostycznych w przypadku osoby, u której mogły wystąpić komplikacje pooperacyjne. Należy też zwrócić uwagę, że M. K. w okresie od 15.12.2006 r. do 28.12.2006 r. ani razu samodzielnie nie oddała stolca. Brak obecności stolca jest jednym z objawów niedrożności przewodu pokarmowego, a także może być jednym z objawów zapalenia otrzewnej. Może wskazywać na wystąpienie komplikacji pooperacyjnych. Biegli nie uwzględnili okoliczności, iż kilkakrotnie wykonano u M. K. lewatywę, na co bezpośrednio wskazuje w swoich zeznaniach A. P. (1) oraz protokół z przesłuchania M. K. w Konsulacie Generalnym Rzeczypospolitej Polskiej w K. z dnia 19 sierpnia 2010 roku, co ma istotne znaczenie w kontekście tego, że zapalenie otrzewnej zostało spowodowane pęknięciem zespolenia pooperacyjnego jelita. Opinia nie uwzględniała wpisów księgi zabiegów pielęgniarskich. W księdze tej odzwierciedla się zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze wykonywane przez pielęgniarki na zlecenie lekarza. Pani M. K. w okresie od 15.12.06 do 28.12.06 ani razu nie oddała samodzielnie stolca w związku z czym kilkakrotnie poddano ją zabiegowi lewatywy. Pierwszy z tych zabiegów był 3-4 dni po operacji.

Dokumentacja zabiegów pielęgniarstwa powinna być zatem przebadana przez biegłych min. właśnie w kontekście wykonanych zabiegów lewatywy i ich wpływu na proces leczenia M. K.. W konsekwencji opinia nie wyjaśnia jaki wpływ na zdrowie M. K. mogło mieć wykonanie zabiegów lewatywy, w szczególności w kontekście rozejścia się zespolenia pooperacyjnego. Ponadto opinia biegłych w części obejmującej okres pomiędzy jedną a drugą operacją M. K. jest nad wyraz oszczędna. Nie ma w niej żadnych informacji na temat tego kiedy pojawiły się objawy mogące wskazywać na nieszczelność zespolenia jelitowego, jakie to były objawy, jakie podawano pacjentce leki. Jest oczywistym, że po operacji komplikacje wystąpić mogą, jest również oczywistym, że może nastąpić rozejście zespolenia jelitowego, jednakże nie można pomijać faktu, że pomiędzy jedną a drugą operacją minęło 12 dni, pacjentka już wkrótce po pierwszej operacji skarżyła się na ból brzucha, w dniu 25 grudnia 2006 r. wykonano badanie USG, które dawało uzasadnione podstawy do przyjęcia, że mogło dojść do rozejścia zespolenia, a pomimo tego ponowny zabieg operacyjny został wykonany dopiero w dniu 28 grudnia 2006 r. Opinia stwierdza, że zabieg był prawidłowy i uratował pacjentce życie. Tyle tylko, że nie wyjaśnia, czy nie został wykonany zbyt późno. Opinia nie wyjaśnia tego, czy stan narządów wewnętrznych M. K. wskazywał na to, że do rozejścia zespolenia doszło wkrótce przed drugą operacją, czy też miało to miejsce wkrótce po pierwszej operacji. Nie wyjaśnia wpływu rozejścia zespolenia jelitowego na organizm pacjenta oraz nie wyjaśnia tego, czy po rozmiarach uszkodzeń organów wewnętrznych można ustalić jak długo trwało rozejście zespolenia jelitowego, czyli jak długo treść kałowa wydostawała się poza jelito i jakie spowodowało to skutki. Wreszcie opinia nie odnosi się do kwestii skąd w zasadzie u M. K. miałyby się brać zalegające jelito masy kałowe, skoro M. K. nie przyjmowała posiłków w okresie po operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. Przy tego rodzaju zarzutach wobec podstawowego elementu materiału dowodowego nie sposób przyjąć aby Sąd mógł w oparciu o tego rodzaju dowód dokonać prawidłowej oceny całokształtu okoliczności sprawy.

Jednym z istotnych elementów materiału dowodowego w niniejszej sprawie, który rzutuje na zeznania przesłuchanych świadków, w szczególności zaś na zeznania dr K. K. oraz na ustalenia opinii biegłych jest karta operacyjna z dnia 28 grudnia 2006 r. z operacji wykonanej u M. K. przez dr M. przy asyście dr K.. Z dokumentu tego wynika, że w dniu 28 grudnia 2006 r. u pacjentki M. K. „otwarto jamę brzuszną, w której było wiele zbiorników ropnych i kałowych, uwolniono liczne zrosty, resekowano zmienioną zapalnie sieć większą. Stwierdzono rozejście się, zespolenia jelitowego. Zresekowano zagięcie śledzionowe okrężnicy, wydobywając stomię jednolufową, a zespalając obwód esicy. Usunięto uszkodzoną śledzionę. Zastosowano masywne płukanie jamy brzusznej, dren zatoki Douglasa i łoży śledziony, szwy przez wszystkie warstwy. Dren podskórny. Rozpoznano niewydolność zespolenia jelitowego po usunięciu wznowy Ca esicy, ropnie wewnątrzbrzusze, kałowe zapalenie otrzewnej". Tymczasem dr K. K. w swoich zeznaniach złożonych w Prokuraturze w sprawie [...] oraz w znajdujących się w aktach sprawy pisemnych wyjaśnieniach, a także w zeznaniach złożonych w niniejszym procesie przedstawiał sytuację w odmienny sposób. Otóż w zeznaniach złożonych w Prokuraturze wskazywał na wystąpienie podczas operacji M. K. trudności śródoperacyjnych, jednakże nie precyzując ich. W pisemnych wyjaśnieniach kierowanych do Dyrektora Szpitala (...), które znajdują się w aktach sprawy karnej, wskazywał na trudności przy operacji, jednakże twierdził również, że nie było stanu zapalnego. Wreszcie zeznając przed Sądem Okręgowym w Szczecinie w niniejszej sprawie, że M. K. wycięto śledzionę z powodu technicznych problemów z uruchomieniem części jelita. Zestawienie informacji przekazanych przez wyżej wskazanego świadka w kontekście treści karty operacyjnej wskazuje na to, że są one co najmniej wątpliwie co do ich rzetelności. Z karty operacyjnej jednoznacznie wynika rozległy stan zapalny, jak również to, że śledziona M. K. została jej usunięta na skutek tego, że była uszkodzona. Nie wskazuje się konkretnie źródła tego uszkodzenia, jednakże powiązanie tego z faktem stwierdzenia zmian zapalnych sieci większej, licznymi zbiornikami ropnymi i kałowymi, ropniami wewnątrzbrzusznymi i kałowym zapaleniem otrzewnej nie pozostawia raczej wątpliwości co do przyczyny usunięcia śledziony. W dokumentacji medycznej (karta leczenia szpitalnego) pod datą 28 grudnia 2006 r. zapisano „wskazanie na rozpoczynającą się posocznicę". Co więcej z zeznań złożonych przez świadka M. w niniejszej sprawie wynika, że jego zdaniem stan pacjentki po otwarciu jamy brzusznej wskazywał na to, że stan zapalny miał miejsce od dłuższego czasu. Świadek ten wyjaśnił również, że wobec stwierdzonych uszkodzeń, w szczególności sieci większej, usunięcie śledziony było konieczne. Potwierdza to jednak, że usunięcie śledziony było konsekwencją stanu zapalnego w organizmie M. K., spowodowanego rozejściem zespolenia. Szczególnie zatem w kontekście zeznań tego świadka,

który przecież osobiście wykonywał zabieg operacyjny z dnia 28 grudnia 2006 r. mało wiarygodne wydają się być ustalenia opinii, że rozejście zespolenia u M. K. mogło nastąpić na dzień bądź dwa przed reoperacją.

Uzasadnione są wątpliwości co do trafności opinii biegłych w ich wniosku mówiącym o tym, że proces leczenia pooperacyjnego M. K. przebiegał prawidłowo. Tym samym uzasadnione są również zarzuty co do trafności oceny przez Sąd materiału dowodowego i możliwości prawidłowej rekonstrukcji na podstawie takiego materiału dowodowego okoliczności faktycznych sprawy. Analiza materiału dowodowego rodzi uzasadnione wątpliwości co do tego, czy proces opieki pooperacyjnej M. K. była prawidłowy. Z dokumentacji medycznej (karta gorączkowa) oraz zeznań dr K. K. wynika, że M. K. wykonano badanie USG w dniu 22 grudnia 2006 r. Świadek K. K. zeznał, że wówczas nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Następnie USG wykonano ponownie w dniu 25 grudnia 2006 r. na polecenie dr S. i wówczas stwierdzono dużą ilość gazów jelitowych i leniwą perystaltykę jelit. Biegli nie zajęli się szczegółową analizą żadnego z tych badań USG (na podstawie ich opinii nie sposób nawet stwierdzić, że wyniki tych badań USG znalazły się wśród analizowanej przez nich dokumentacji). Nie wyjaśniają również dlaczego, pomimo niepokojącego wyniku badania w dniu 25 grudnia 2006 r., nie zlecono dodatkowej diagnostyki, chociaż duża ilość gazów jelitowych z jednej strony mogła świadczyć o nieprawidłowościach pooperacyjnych, a z drugiej strony uniemożliwiała prawidłową diagnostykę, zniekształcając obraz narządów wewnętrznych pacjenta. Opinia biegłych w sposób bardzo ogólnikowy odnosi się do kwestii zasadności zabiegu operacyjnego wykonanego w dniu 15 grudnia 2006 r. i poprzedzającej ten zabieg diagnostyki. Biegli nie poświęcają żadnej uwagi w swej opinii temu, że przed zabiegiem operacyjnym najprawdopodobniej nie było jakiegokolwiek konsultacji onkologicznej pacjentki M. K.. Nie umożliwiono jej również przeprowadzenia takiej konsultacji we własnym zakresie.

Także w przebiegu opieki medycznej nad M. K. w okresie po dniu 7 stycznia 2007 r. zachodzą daleko idące wątpliwości co do jej prawidłowości. Obrazuje to przykład badań USG wykonywanych tej pacjentce. W dniu 8 lutego 2007 r. podczas badania USG w Szpitalu w Z. stwierdzono, że stan pacjentki nie budzi zastrzeżeń. Tymczasem podczas badań USG zleconych prywatnie w przychodni (...) w dniu 1 lutego 2007 r., 16 lutego 2007 r. oraz 19 marca 2007 r. stwierdzono liczne nieprawidłowości co do stanu zdrowia M. K., niewątpliwie mające związek z wykonanymi tej pacjentce zabiegami operacyjnymi w dniach 15 i 28 grudnia 2006 r. Ta okoliczność została zbagatelizowana przez biegłych, pomimo tego, że dokumentacja badań USG znajduje się w aktach sprawy.

W opinii uzupełniającej z dnia 25 lutego 2014 r. biegli w odpowiedzi na zarzuty i wątpliwości podniesione przez powodów (sporządzone w 23 punktach w piśmie z dnia 29 listopada 2013 r.) co do ustaleń zawartych w opinii 28 października 2013 r. wyrazili stanowisko, że pismo powodów stanowi polemikę z wydaną przez nich opinią, której biegli nie będą kontynuować, bowiem swoje stanowisko wyrazili w opinii z dnia 28 października 2013 r., którą podtrzymują i nie mają nic do dodania.

Mając na uwadze pominięcie dowodów mających znaczenie dla opracowania opinii, oparcie się na niewystarczającym materiale, pominięcie niezbędnych czynników badawczych, nieuwzględnienie wszelkich możliwych (na tle całokształtu sprawy) wariantów dotyczących przyczyn i przebiegu zdarzenia, lakoniczne konkluzje bez wskazania przesłanek, którymi kierowali się biegli wydając opinię oraz bez wskazania konkretnej dokumentacji medycznej w oparciu, o którą dochodzili do wniosków zawartych w opinii Sąd I instancji powinien zasięgnąć opinii innego instytutu naukowo-badawczego bądź zarządzić złożenie dodatkowej opinii przez ten sam lub instytut, o co wnosił pełnomocnik powodów pismem z dnia 29 listopada 2013 r. jak i pismem z dnia 17 kwietnia 2014 r. Opinia biegłego - prezentując wnioski wysnute na podstawie najlepszej wiedzy i w najlepszej wierze - powinna bowiem odpowiadać na pytanie, czy postawiona teza odpowiada prawdzie, a uzasadnienie opinii powinno przekonać sąd, że jest ona zupełna, miarodajna i kompetentna. Brak uzasadnienia lub uzasadnienie fragmentaryczne lub nazbyt hermetyczne uniemożliwia ocenę tego dowodu lub czyni ją niepewną (ułamną). Do niezbędnych składników opinii biegłego, w szczególności w sprawach dotyczących kwestii medycznych, zaliczyć należy sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich logicznie skonstruowane wnioski, tak, by zarówno sąd, jak i strona miała możliwość przesłedzenia i skontrolowania toku rozumowania biegłych i wywieszonych z nich wniosków — nie tyle pod względem wiedzy fachowej, ale z uwagi na zasady logicznego rozumowania i wnioskowania.

W uzasadnieniu wyroku Sąd I instancji podniósł również, że strona powodowa nie podolała ciężarowi dowodowemu i nie wykazała zasadności swoich żądań a nadto podnoszonych zarzutów i twierdzeń. Zdaniem Sądu poza zeznaniami M. K. żaden inny dowód nie wskazuje, że doszło do rozstroju zdrowia M. K., czy pogorszenia jej stanu zdrowia i to z winy pozwanego szpitala. Podnosząc tą argumentację Sąd I instancji pominął dowód z zeznań A. P. (1), która w okresie począwszy od zabiegu jej matki w grudniu 2006 r. do chwili jej śmierci w październiku 2010 r., opiekowała się chorą matką, będąc bezpośrednim świadkiem sprawowania nienależytej opieki nad M. K. w pozwanym szpitalu, niejednokrotnie interweniując w jej sprawie u personelu medycznego szpitala, by przeprowadzić badania czy podać leki. Zeznania te są jasne, precyzyjne i korespondują z zeznaniami pierwotnej powódki M. K.. Zły stan zdrowia M. K. przy reoperacji potwierdza też dokumentacja medyczna operacji z dnia 28 grudnia 2006 r. czego Sąd również nie wziął pod uwagę przy rozstrzygnięciu sprawy. O pogorszeniu się stanu zdrowia M. K. świadczą też wykonane przez nią wyniki badań w przychodni (...) w dnia 1 lutego 2007 r., 16 lutego 2007 r. oraz 19 marca 2007 r., które Sąd I instancji pominął.

W ocenie skarżącej, Sąd I instancji zupełnie pominął fakt wykrycia u pierwotnej powódki M. K. w pobranym w dniu 29 grudnia 2006 r. wymazie z rurki inkubacyjnej obecności bakterii *Acinetobacter baumannii* odpornej na antybiotyki, wywołującej zapalenie jelit i sepsę u osłabionych pacjentów (takim niewątpliwie była M. K. z uwagi na stan zdrowia i przebyty zabieg) oraz bakterii pałeczki *Klebsiella (K. pneumoniae)*, prowadzące do zakażenia objawowych ze strony układu moczowego, pokarmowego i oddechowego przebiegające z posocznicą kończącą się zejściem śmiertelnym w 28-55% przypadków, pomimo iż infekcje tymi bakteriami są zakażeniami wewnątrz szpitalnymi, co potwierdzają również zeznania M. K. i A. P. (1).

W świetle przytoczonych wyżej okoliczności nie można się zgodzić z stanowiskiem Sądu I instancji, że w niniejszej sprawie nie było winy personelu medycznego pozwanego szpitala a wszelkie negatywne w ocenie powódki skutki przeprowadzonych zabiegów są wynikiem choroby nowotworowej, na którą cierpiała, a odczuwany przez powódkę M. K. ból jest nieodłącznie związany z przeprowadzeniem operacji, zaś powikłania które wystąpiły, były "normalnymi" powikłaniami, mogącymi wystąpić szczególnie w przypadku powódki, która od wielu lat przyjmowała leki sterydowe, a nadto miała cukrzyce.

Odnośnie kwestii przedawnienia skarżąca wskazała, że wbrew twierdzeniom Sądu I instancji powódka M. K. w dniu 27 stycznia 2007 r. nie miała rozeznania o szkodzie i jej rozmiarach. Np. o okoliczności, że założona jej stomia będzie miała charakter trwały wiedziała tylko jej najbliższa rodzina. Powódka o tej okoliczności nie dowiedziała się do końca swego życia i pozostawała w przekonaniu, że skutki zabiegu operacyjnego z dnia 28 grudnia 2006 r. da się odwrócić w procesie leczenia. W zasadzie od momentu feralnej operacji aż do końca swych dni stale musiała poddawać się różnym zabiegom medycznym, przebywać w szpitalach, znosić ból, cierpienie i dyskomfort. W takiej sytuacji trudno jednoznacznie przyjąć, że powódka zdawała sobie sprawę z wyrządzonej jej szkody, jak i trudno przyjąć, że powódka mogła podejmować racjonalne decyzje związane ze śledzeniem ewentualnego upływu biegu terminu przedawnienia.

Z daleko idącej ostrożności procesowej powódka wskazała, że Sąd Instancji uwzględniając podniesiony przez pozwanego (...) Szpital (...) w S. zarzut przedawnienia naruszył art. 5 k.c. Pierwotna powódka w niniejszej sprawie dochodziła zadośćuczynienia za cierpienie, ból oraz uszczerbek na zdrowiu jakiego doznała M. K. na skutek błędów medycznych, których dopuścił się (...) Szpital (...) w S. oraz o zasądzenia renty. Jak podała w piśmie procesowym z dnia 9 września 2010 r., w którym dopozwała pozwany szpital i rozszerzyła powództwo, w związku ze złym stanem zdrowia i przedłużającą się hospitalizacją, nie była ona w stanie we wcześniejszym terminie pozwać dodatkowo (...) Szpital (...) w S.. Po leczeniu w pozwanym szpitalu w okresie od grudnia 2006 r. do końca stycznia 2007 r. M. K. podjęła dalsze leczenie w szpitalu (...), gdzie na oddziale chirurgii przebywała w okresie od 15 lutego do 7 marca 2007 r. Następnie pierwotna powódka poddała się leczeniu na terenie Niemiec, gdzie m.in. przeprowadzono operację chirurgiczną polegającą na drenażu ropnia oraz założeniu drenaży i terapii antybiotykowej. Dopiero po tej operacji ból powódki M. K. związany z powikłaniami, które wystąpiły po operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. zaczął stopniowo ustępować. Na przełomie listopada i grudnia 2009 r. powódka M. K. przeszła złamanie samoistne dwóch kręgów lędźwiowych, na skutek czego miała straszne bóle i problemy z poruszaniem się. Wiosną następnego roku miała

wykonany zabieg na kręgosłup. Pomimo wykonania zabiegu powódka nie powróciła do pełni sił. M. K. podniosła również, że pismo rozszerzające powództwo zostało wniesione w chwili, kiedy stan zdrowia powódki umożliwił jej udzielenie pełnomocnikowi umocowania do dalszych działań procesowych oraz przekazanie mu dyspozycji co do dalszego postępowania. Nie bez znaczenia jest również okoliczność, że w postępowaniu przed sądem pozwany (...) S.A. nie poinformował powódki M. K. o okoliczności, że jego odpowiedzialność wynikająca z umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartej z pozwanym szpitalem ograniczona jest do kwoty 180.000,00 zł. za wszystkie zdarzenia, 90.000,00 zł za jedno zdarzenie, przy franszyzie integralnej na poziomie 1.000,00 zł i udziale własnym ubezpieczonego na poziomie 15%, pomimo iż kwota jakiej domagała się M. K. od ubezpieczyciela znacznie przewyższała wysokość sumy ubezpieczenia. O okoliczności tej powódka dowiedziała się dopiero z treści odpowiedzi na pozew z dnia 16 marca 2010 r. Powódka w piśmie rozszerzającym powództwo podnosiła również, że na dzień złożenia pozwu nie jest w stanie określić, na którym etapie leczenia doszło do błędu medycznego, a co za tym idzie kto konkretnie odpowiedzialny jest za spowodowaną szkodę, dlatego też swoje roszczenia kierowała przeciwko szpitalowi jak i jego ubezpieczycielowi. Opóźnienie w dochodzeniu roszczenia nawet jeśli miało miejsce (czemu powódka zaprzecza) było nieznaczące. Sąd w swoich rozważaniach w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku powyższych okoliczności nawet nie wziął pod rozwagę, podnosząc, że nie było żadnych wątpliwości, kto w ocenie powódki odpowiada za szkodę. Ponadto zdaniem Sądu I instancji nie było przeszkodą w pozwaniu szpitala, nieustalenie imienne osób odpowiedzialnych. W tych okolicznościach trudno czynić pierwotnej powódce, a w konsekwencji po wstąpieniu w jej miejsce powodowi zarzut zawinienia a podnoszony przez pozwanego Szpitala zarzut przedawnienia roszczenia nie znajduje oparcia w zasadach współżycia społecznego, w tym zasadzie sprawiedliwości społecznej oraz lojalności stron.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. w piśmie procesowym z dnia 10 października 2014 r. stanowiącym odpowiedź na apelację wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania w II instancji, w tym kosztów zastępstwa radcowskiego według norm przepisanych.

Pozwany (...) Szpital (...) w S. w piśmie procesowym z dnia 9 października 2014 r. także stanowiącym odpowiedź na apelację wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki okazała się niezasadna, pomimo, że część zawartych w niej zarzutów należało uwzględnić. Jak zauważyła sama skarżąca, istota niniejszego sporu sprowadzała się do oceny zakresu przeprowadzonego w sprawie materiału dowodowego (w kontekście konieczności przeprowadzenia dowodu z dodatkowej opinii biegłych), a w dalszej kolejności oceny tego materiału i w konsekwencji prawidłowości poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych. Zarzuty natomiast naruszenia prawa materialnego w zasadniczej części (art. 415 k.c., art. 430 k.c., art. 361 § 2 k.c., art. 822 k.c., art. 6 k.c.) związane były z brakiem ich zastosowania w postulowanym przez powódkę stanie faktycznym, który miałby wynikać z dowodów zgromadzonych w sprawie i właściwie ocenionych w konfrontacji z uzupełnionym materiałem o dodatkową opinię biegłych. Już w tym miejscu wskazać należy, że pomimo uwzględnienia zarzutów naruszenia art. 217 § 3 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 232 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c., art. 290 k.p.c., co skutkowało uzupełnieniem postępowania dowodowego, ostatecznie uznać należało, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy ustalił w sprawie stan faktyczny. Tym samym Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83).

Niezależnie od powyższego wskazać należy, że jak jednolicie wskazuje się w judykaturze, obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.), oznacza związanie sądu odwoławczego zarzutami prawa procesowego (tak Sąd Najwyższy min. w uchwale z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07), za wyjątkiem oczywiście tego rodzaju

naruszeń, które skutkują nieważnością postępowania. Sąd Apelacyjny nie dostrzegł ich wystąpienia w niniejszej sprawie.

Wstępnie podzielić należało stanowisko wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, zgodnie z którym odpowiedzialność pozwanego Szpitala może być oparta na zasadzie odpowiedzialności deliktowej z art. 415 k.c. i 416 k.c. jeżeli podczas leczenia w pozwanej placówce służby zdrowia wskutek popełnionych zaniedbań bądź w wyniku tzw. "winy organizacyjnej" - niezapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pobytu, niezapewnienia właściwych warunków leczenia, właściwego sprzętu, właściwego i wykwalifikowanego personelu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1998 r., I CKN 786/97, PiM 1999/3/133; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 czerwca 1992 r., I ACr 254/92, OSA 1993/3/21). W takiej sytuacji, zgodnie z treścią art. 6 k.c. na powódce ciążył obowiązek wykazania przesłanek tej odpowiedzialności, a więc wspomnianej winy w organizacji, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zawinionym działaniem lub zaniechaniem pozwanego w sferze organizacyjnej. W przypadku natomiast błędu medycznego, jak prawidłowo wskazał Sąd I instancji, przesłanki odpowiedzialności placówki medycznej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musi wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny, zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności, przy czym do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej wystarczy choćby najmniejszy stopień winy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 3 czerwca 2014 r., sygn. akt I ACa 1494/13, LEX nr 1493819, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 17 października 2013 r., sygn. akt I ACa 594/13, LEX nr 1391906). Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy. Zaznaczenia wymaga, że sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., sygn. akt IV CSK 308/10, OSNC z 2011 r. Nr 10, poz. 116). Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że zakład opieki zdrowotnej (obecnie podmiot leczniczy) ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I A Ca 852/12, LEX nr 1313338). Placówka lecznicza ponosi więc odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez jej personel, którego zachowanie musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione, gdyż obowiązkiem całego personelu strony pozwanej jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, niepubl., wyrok Sądu najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12 niepubl.).

W niniejszej sprawie na szczególną uwagę zasługiwała właśnie jej specyfika przejawiająca się w tym, iż należała do kategorii tzw. procesów medycznych. Tymczasem w orzecznictwie i doktrynie wyrażane jest zapatrywanie, że ustalenie przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia nie jest z reguły możliwe w sposób absolutnie pewny i dlatego wystarczy określenie z wysoką dozą prawdopodobieństwa istnienia takiego związku (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1970/7-8, z dnia 4 listopada 2005 r., V CK 182/05, LEX nr 180901; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r., I ACa 1983/04, LEX 186503). Tego ugruntowanego już od dawna nurtu poglądów w judykaturze, zgodnie z którym w przypadku tego typu procesów i roszczeń dla przesądzenia istnienia związku przyczynowego wystarcza dostatecznie wysokie prawdopodobieństwo, iż do szkody doszło w pozwanym szpitalu, nie kwestionowała sama skarżąca. W pełni racjonalne pozostaje zresztą założenie,

które przyświeca tej zasadzie, gdyż w tego rodzaju sprawach na ogół nie jest praktycznie możliwe stwierdzenie z całkowitą pewnością, że przyczynę szkody stanowiło konkretne zdarzenie. Dopuszczalne jest zatem ustalenie tego faktu na podstawie dowodów pośrednich, o ile zachodzi wysokie prawdopodobieństwo jego zajścia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 marca 1997 r., I ACa 107/97, Wokanda 1998/7/34). W wyroku z dnia 13 czerwca 2000 r. (V CKN 34/00, LEX nr 52689) Sąd Najwyższy stwierdził, iż wykazanie znacznego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między określonymi działaniami szpitala a stanem zdrowia chorego pozwala zatem przyjąć, że powód spełnił obowiązek wynikający z art. 6 k.c. Nie można bowiem stawiać przed pacjentem nierealnego wymagania ścisłego wykazania momentu i drogi przedostania się infekcji do organizmu.

W tego rodzaju sprawach szczególnego znaczenia nabiera instytucja domniemania faktycznego - art. 231 k.p.c. Nie wdając się szerzej w rozważania natury teoretycznej wyjaśnić należy, iż możliwość skorzystania z tego rodzaju domniemania aktualizuje się wówczas, gdy ustalenie niewątpliwych faktów daje podstawę do przeprowadzenia rozumowania oceniającego, czy stopień prawdopodobieństwa zaistnienia faktu będącego skutkiem domniemania jest tak duży, jak duży jest stopień prawdopodobieństwa, że nie zachodziły okoliczności wykluczające zaistnienie tego faktu (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 187000).

Sąd Apelacyjny więc wskazuje, iż w procesach odszkodowawczych lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, poprzestać na ustaleniu odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 1185/00, z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, z dnia 26 listopada 1998 r., III CKN 4/98, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11, czy z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Taki bowiem dowód pewności – ze względu na specyfikę procesów medycznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia.

Jak wspomniano na wstępie decydująca dla rozstrzygnięcia sprawy była treść opinii powołanych biegłych, albowiem to ona determinowała ustalenia faktyczne w zakresie prawidłowości działań zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego, prawidłowego procesu diagnostycznego i prawidłowości wdrożonych działań medycznych. Podzielić należało zawarte w apelacji zarzuty powódki odnośnie naruszenia przez Sąd I instancji art. 217 § 3 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 232 k.p.c., art. 278 § 1 k.p.c. oraz art. 290 § 1 k.p.c. Niewątpliwie bowiem pisemna opinia Uniwersytetu (...) w Ł. z dnia 28 października 2013 r. (karty 644 – 710 akt), pomimo że zawierała odpowiedzi na wszystkie postawione pytania nie poddawała się pełnej weryfikacji przez organ orzekający. Wprawdzie tezy i wnioski opinii były stanowcze i jednoznaczne, jednakże stopień ich umotywowania, co zasadnie podnosiła skarżąca, był niewystarczający. Biegli w sposób niezwykle obszerny przedstawili treść zgromadzonych dowodów zarówno osobowych, jak i przede wszystkim z dokumentów związanych z całym procesem leczniczym, co zresztą czyni niezasadnymi zarzuty odnoszące się do braku uwzględnienia całości materiału dowodowego. W znacznej jednak części biegli formułując określone twierdzenia stanowiące odpowiedzi na zadane przez Sąd pytania nie prezentowali zadowalającego ich umotywowania, nie wskazywali na dowody, z których prezentowane wnioski płynęły, nie przedstawiali kompletnego wyводу, który do nich prowadził. Wobec powyższego strona powodowa w piśmie procesowym z dnia 26 lipca 2014 r. przedstawiła szereg zarzutów do opinii odnoszących się zarówno do kwestii miejsca, w którym doszło do rozejścia się zespoleń jelita, jak i szczegółowych kwestii odnoszących się do objawów chorobowych występujących u pierwotnej powódki po pierwszej operacji, właściwego procesu diagnostycznego, daty, w której możliwe było stwierdzenie zapalenia otrzewnej, prawidłowości zabiegów medycznych pomiędzy operacjami (w tym lewatyw) i ich wpływu na stan pacjentki, prawidłowości drugiej operacji, rozbieżności w wynikach badań, odniesienia się przez biegłych do całości dokumentacji oraz do zeznań słuchanych w sprawie świadków, a także zakażenia w pozwanym szpitalu. Sąd I instancji wobec treści powyższych zarzutów w sposób prawidłowy przeprowadził dowód z uzupełniającej pisemnej opinii Uniwersytetu (...) w Ł.. W pisemnej opinii z dnia 25 lutego 2014 r. (karty 757 – 767 akt) biegli w zasadniczej części odnieśli się do kwestii zakażenia szpitalnego. Odnośnie natomiast podniesionych przez stronę powodową niezwykle obszernych zarzutów we wspomnianym piśmie wskazali jedynie, że pismo to stanowi polemikę z wydaną opinią, której biegli nie będą kontynuować, albowiem swoje stanowisko wyrazili we wcześniejszej opinii obejmującej odpowiedzi na 76 szczegółowych pytań, które podtrzymują i nie mają nic do dodania. Jak z powyższego wynika

biegli faktycznie uchylili się od odpowiedzi na zagadnienia zaprezentowane przez stronę powodową, przy czym zaznaczenia wymaga, że wbrew stanowisku biegłych, pismo procesowe z dnia 26 lipca 2014 r. nie stanowiło wyłącznie polemiki ze stanowiskiem biegłych. Zawierało konkretne zarzuty lub pytania, odnosiło się do konkretnych dowodów i ich zestawienia z twierdzeniami biegłych. Udzielenie więc na nie odpowiedzi było uzasadnione i konieczne. Należy zaznaczyć, na co słusznie zwróciła uwagę powódka w swojej apelacji, że w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba wyjaśnienia okoliczności sprawy wymagających wiadomości specjalnych, sąd powinien dopuścić dowód z opinii biegłego na podstawie właściwych przepisów kodeksu postępowania cywilnego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 kwietnia 2002 r., I KKN 92/00, LEX nr 53932, z dnia 8 listopada 1988 r., II CR 312/88, niepubl., i z dnia 11 czerwca 1974 r., II CR 260/74, LEX nr 8940). Jest to jedyna droga ich pozyskania. Dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony inną czynnością dowodową, np. przesłuchaniem świadka lub eksperymentem sądowym bez udziału biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., sygn. akt IV CSK 388/09, LEX nr 1111021, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 339/10, LEX nr 898704). Jednocześnie potrzeba przeprowadzenia dowodu z dodatkowej opinii biegłych istnieje w sytuacji, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości, gdy w sprawie wydane zostały opinie o sprzecznej treści, gdy takie opinie nie są zgodne w zasadniczych kwestiach, gdy zawierają luki, są niekompletne, gdy nie odpowiadają postawionej tezie, gdy są niejasne, czy też nienależycie uzasadnione. Tym samym nie jest w tym względzie rozstrzygający wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 346/10, LEX nr 898705, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r., sygn. akt II UK 160/10, LEX nr 786386, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2010 r., sygn. akt II CSK 119/10, LEX nr 603161). Należy podkreślić, że wprawdzie sąd nie jest związany opinią biegłych i ocenia ją na podstawie art. 233 k.p.c., jednakże swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnieniu (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 maja 2009 r., sygn. akt III AUa 270/09, OSAB 2010/1/58-64). Z jednej więc strony, konieczna jest kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej - istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Opinia biegłego podlega także ocenie z uwzględnieniem kryteriów oceny tego rodzaju dowodu, takich jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. akt II CSK 642/08, LEX nr 511998). Mając na uwadze powyższe, uznać należało, że w okolicznościach niniejszej sprawy spełnione zostały przesłanki uzasadniające przeprowadzenie dowodu z dodatkowej opinii biegłych, natomiast Sąd I instancji w sposób wadliwy uznał sporządzoną opinię za pełną, wyczerpującą, należycie umotywowaną, odnoszącą się do wszystkich istotnych w sprawie kwestii. W tym więc znaczeniu za zasadny uznać należało również zawarty w apelacji zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Zupełnie niezrozumiałe było przy tym zawarte w uzasadnieniu wyroku stwierdzenie, że w uzupełniającej opinii biegli odnieśli się i to wyczerpująco do zarzutów podniesionych przez stronę powodową. Jak wskazano wyżej, uzupełniająca opinia poza podtrzymaniem dotychczasowego stanowiska w żaden sposób nie odnosiła się do stanowiska powódki, nie zawierała jakiegokolwiek do nich odniesienia wobec uznania go za polemiczne. Zasadnie więc powódka w apelacji podnosiła, że Sąd winien przeprowadzić dowód z uzupełniającej opinii biegłych celem wyjaśnienia wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia okoliczności szczegółowo przez nią wskazanych zarówno w samej apelacji, jak i w toku postępowania pierwszoinstancyjnego. Uwzględniając powyższe zarzuty Sąd Apelacyjny postanowieniem z dnia 20 marca 2015 r. dopuścił dowód z pisemnej opinii Uniwersytetu (...) w Ł., a wobec dalszych zarzutów powódki zawartych w jej piśmie procesowym z dnia 26 listopada 2015 r. postanowieniem z dnia 19 maja 2016 r. dopuścił dowód z ustnych wyjaśnień biegłych do powyższej opinii.

Przeprowadzone na tym etapie dowody nie doprowadziły jednak do zmiany poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń. Biegli w kolejnych dwóch opiniach w całości podtrzymali swoje dotychczasowe stanowisko, przy czym w sposób należyty je umotywowali, szczególnie w ustnych wyjaśnieniach złożonych na rozprawie w dniu 19 maja 2016 r. Ich wywody oparte na zgromadzonym materiale dowodowym nie dawały podstaw do uznania, że doszło czy to do zaniedbań organizacyjnych, czy też do błędu w zakresie diagnostyki oraz wdrożonych procesów

medycznych w pozwanym szpitalu. Wbrew stanowisku skarżącej wszystkie cztery opinie rozpatrywane łącznie zawierają ustosunkowanie się do wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia kwestii, w tym podnoszonych przez powódkę (w tym z załącznika do protokołu rozprawy, który faktycznie powieliła wcześniejsze stanowisko powódki) z właściwym odniesieniem się do materiału dowodowego, z właściwym umotywowaniem wywiedzionych wniosków. Tym samym nie zaistniała konieczność przeprowadzenia wnioskowanego przez skarżącą dowodu z kolejnej opinii biegłych. Jak wskazuje się w orzecznictwie, konieczność przeprowadzania dalszych opinii nie może być uzasadniona tym, że opinie dotychczas sporządzone nie odpowiadają oczekiwaniom strony. Samo stwierdzenie strony, że się z nią nie zgadza, nie oznacza, że opinia jest wadliwa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 25 sierpnia 2011 r., sygn. akt I ACa 316/11, LEX nr 1095795). Potrzeba powołania innego biegłego powinna bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2009 r., sygn. akt I PK 79/09, LEX nr 553670). Niewątpliwie potrzeba taka istnieje w sytuacji, gdy pierwotna opinia budzi istotne i nie dające się usunąć wątpliwości, gdy w sprawie wydane zostały opinie o sprzecznej treści, gdy takie opinie nie są zgodne w zasadniczych kwestiach, gdy zawierają luki, są niekompletne, gdy nie odpowiadają postawionej tezie, gdy są niejasne, czy też nienależycie uzasadnione. Tym samym nie jest w tym względzie rozstrzygający wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2011 r., sygn. akt II UK 346/10, LEX nr 898705, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2011 r., sygn. akt II UK 160/10, LEX nr 786386, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2010 r., sygn. akt II CSK 119/10, LEX nr 603161). W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem. Podobnie podstawą wniosku o przeprowadzenie nowego dowodu nie może być przeświadczenie strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., sygn. akt II UKN 446/00, OSNAPiUS 2003, nr 7, poz. 182). W rozważanej sprawie każda z opinii sporządzona została zgodnie ze sformułowaną w postanowieniu Sądu tezą dowodową, każda zawierała odpowiedzi na postawione pytania. Co istotne wszystkie te odpowiedzi były jasne, jednoznaczne i stanowcze. Nie można przy tym w ich konsekwencji upatrywać, jak najwyraźniej chce tego skarżąca, wadliwości stanowiska biegłych, czy też próby obrony z góry przyjętej tezy. Podkreślenia wymaga, w kontekście podniesionych w apelacji zarzutów, że opinie rozpatrywane łącznie odnosiły się do całego materiału dowodowego, w tym zeznań obu powódek oraz lekarzy wykonujących zabieg, a także wyników przeprowadzonych badań w tym badań USG, karty zabiegu operacyjnego, zleceń lekarskich, czy księgi zabiegów pielęgniarskich. Dowody te wymieniane były zarówno w bardzo szerokiej części opisowej każdej z pisemnych opinii (w przypadku M. K., A. P. (1), czy też słuchanych świadków została zacytowana dokładna ich treść, w tym zeznań lekarzy przeprowadzających zabieg, z których treścią skarżąca między innymi wiązała wadliwość opinii), jak i w części zawierającej wnioski. Zresztą tezy dowodowe sformułowane przez Sąd odnosiły się właśnie do dowodów wymienionych w apelacji. Biegli wynikające z tych dowodów okoliczności związane z manifestowaniem przez chorą dolegliwości bólowych, wzdęć, brakiem oddawania stolca, brakiem prawidłowej perystaltyki, zastosowaniem lewatyw, stanem jamy brzusznej stwierdzonej po jej otwarciu w dniu 28 grudnia 2006 r. wzięli pod uwagę. To, że pomimo zgłaszanych zastrzeżeń pierwotne tezy opinii nie były zmieniane, lecz konsekwentnie podtrzymywane także na etapie postępowania apelacyjnego nie może zostać uznane za dyskwalifikujące opinie. Stanowisko, czy wątpliwości powódki nie skutkowały odmienną oceną odnośnie okoliczności stanowiących podstawę rozstrzygnięcia. Kolejne wydawane opinie wskazują jedynie na to, że w okolicznościach niniejszej sprawy twierdzenia strony powodowej nie zasługiwały na uwzględnienie, nie znajdując podstaw w materiale dowodowym. Jak wskazano, przeprowadzone w sprawie opinie zawierając konkretne odpowiedzi na postawione pytania niezbędne do ustalenia okoliczności istotnych z punktu widzenia zastosowania normy prawa materialnego, pozwalają jednocześnie zweryfikować organowi orzekającemu zawarte w nich rozumowanie co do trafności wniosków końcowych.

W pierwszej kolejności biegli wyjaśnili kwestie związane z miejscem, w którym kontrast wydostawał się poza światło przewodu pokarmowego, a więc miejscem, w którym nastąpiło rozszczelnienie jelita. Rzeczywiście, jak wynika z dokumentacji medycznej, operacja z dnia 15 grudnia 2006 r. polegała między innymi na usunięciu części esicy i zespoleniu jelita koniec do końca. Wątpliwości skarżącej budziła ta część opinii biegłych z dnia 28 października 2013 r., w której wskazali oni, że do wydostawania się kontrastu doszło w połowie zstępnicy, co jej zdaniem oznacza, że do rozszczelnienia doszło w innym miejscu, niż operowane pierwotnie, co z kolei stanowiło podstawę do sformułowania

przypuszczenia co do uszkodzenia jelita w trakcie pierwszej operacji w innym miejscu niż zespolenie wskutek usunięcia esicy. O ile w opiniach przeprowadzonych na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego biegli, jak słusznie podkreślała skarżąca, kwestii tej nie wyjaśnili, to uczynili to na etapie postępowania apelacyjnego. Kategorycznie wykluczyli, by miała miejsce sugerowana w apelacji sytuacja. W pisemnej opinii z dnia 27 października 2015 r. (karty 1022 – 1065 akt) biegli jednoznacznie wskazali, że znajdujący się w dokumentacji opis nieszczelności w połowie zstępnicy jest tożsamy z opisem miejsca zespolenia esicy. Wobec zgłaszanych w tej kwestii dalszych zastrzeżeń skarżącej, biegli na rozprawie w dniu 19 maja 2016 r. podnieśli, że wystąpiło pewnego rodzaju nieporozumienie, albowiem esica stanowi część zstępnicy. Z uwagi na dokonanie u chorej dwóch operacji ta część esicy w ich wyniku została prawie w całości wycięta. Biegli dodali, że aby wytworzyć sztuczny odbyt konieczne było zstępnicę, jako część jelita grubego w części ściągnąć ku dołowi uwalniając zresztą w ten sposób zgięcie śledzionowe. Stąd w ich ocenie kwestia dotyczące tożsamości miejsca zespolenia ma charakter akademicki. W związku bowiem z powyższymi zabiegami przejście pomiędzy esicą i zstępnicą jest dość płynne. Do perforacji doszło na pewno w lewej połowie okrężnicy. Na jednoznaczne pytanie Sądu, biegli podnieśli, że miejsce operacji z dnia 15 grudnia 2006 r. (zespolenie jelita) i miejsce wydobywania się kontrastu należy uznać za tożsame. Należy też zwrócić uwagę na treść wpisu w karcie operacyjnej z dnia 28 grudnia 2006 r., w której wskazano, że rozpoznano niewydolność zespolenia jelitowego po usunięciu wznowy Ca esicy. Wpisy takie nie pozostawiają wątpliwości, że w trakcie samego zbiegu stwierdzono rozejście zespolenia w tym samym miejscu, w którym przeprowadzana była poprzednia operacja. Wskazują na to również zeznania świadka T. M. – lekarza, który przecież wykonywał zabieg. Podniósł on wprost i jednoznacznie, że po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, iż rozeszło się zespolenie jelitowe. Także więc ten dowód precyzyjnie wskazuje na miejsce rozszczelnienia łącząc jej z miejscem przeprowadzenia poprzedniej operacji.

W dalszej kolejności biegli wskazali na prawidłowość przeprowadzenia obu zabiegów, na prawidłowość wprowadzonej diagnostyki, w szczególności pomiędzy zabiegami, na brak opóźnienia w wykryciu występującego u pierwotnej powódki zakażenia przy występujących u niej objawach chorobowych, na prawidłowy proces diagnostyczny, na właściwą procedurę pooperacyjną.

W pisemnej opinii z dnia 28 października 2013 r. jednoznacznie wskazali, że przygotowanie do operacji przeprowadzonej w dniu 15 grudnia 2006 r. było prawidłowe, typowe dla operacji na jelicie grubym. Także przebieg samej operacji biegli ocenili jako prawidłowy. W jej trakcie po otwarciu jamy brzusznej uwolniono liczne zrosty uwidaczniając fragment esicy z miejscem poprzedniego zespolenia. Dokonano wycięcia części jelita grubego zespalając jelito koniec do końca. W jamie otrzewnej zostawiono dren. Było to postępowanie prawidłowe, zgodnie ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej. Dodali, że prawidłowo przed operacją, a potem do dnia 22 grudnia podawano antybiotyk, co w przypadku zabiegów w obrębie jelita grubego jest obowiązkowe i skutecznie obniża ryzyko powikłań. Powódce podano przed zabiegiem dożylnie A.. Takie też stanowisko podtrzymali w pisemnej opinii z dnia 25 lutego 2014 r. oraz w pisemnej opinii z dnia 27 października 2015 r. Co do samego przebiegu tego zabiegu strona powodowa nie zgłaszała na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego konkretnych zastrzeżeń. W apelacji natomiast tylko w formie przypuszczenia wskazywała na prawdopodobny brak konsultacji onkologicznej, jak również brak umożliwienia jej przeprowadzenia przez chorą we własnym zakresie. Kwestie związane z brakiem konieczności, czy też z pośpiechem w przeprowadzeniu operacji w dniu 15 grudnia 2006 r. co, jak się zdaje miało sugerować również wadliwość procesu medycznego pozostają wyłącznie w sferze twierdzeń strony, tym bardziej, że biegli w swoich opiniach nie dostrzegli wadliwości w tym zakresie.

Najważniejsze z punktu widzenia okoliczności, z którymi powódka wiąże powstanie szkody, jest jednak to, że biegli wykluczyli błędy w zakresie oceny stanu zdrowia powódki w fazie pooperacyjnej (po dniu 15 grudnia 2006 r.) jednoznacznie stwierdzając, że zarówno wykrycie zapalenia otrzewnej, jak również przeprowadzenie później ponownego zabiegu operacyjnego dokonane zostało we właściwym czasie, stosownie do stanu chorej i występujących u niej objawów, a lekarze oraz personel nie dopuścili się jakichkolwiek błędów czy zaniedbań. Odnosiło się to tak do podnoszonej przez skarżącą kwestii bagatelizowania manifestowanych przez M. K. objawów chorobowych, w szczególności dolegliwości bólowych, czy też występującego wzdęcia, jak również innych objawów, jak brak oddania stolca, jak leniwa perystaltyka. Biegli wykluczyli też opóźnienie w przeprowadzeniu operacji wskutek niewłaściwej

oceny, czy też ponownego zbagatelizowania wyników przeprowadzonych badań w szczególności USG (badanie z dnia 25 grudnia 2006 r.). Wreszcie wskazali na brak nieprawidłowości w dokonaniu w stanie klinicznym chorej zabiegów lewatywy.

W pierwszej kolejności zarówno w opiniach pisemnych, jak i w trakcie rozprawy w dniu 19 maja 2016 r. biegli wskazali, że rozlane zapalenie otrzewnej spowodowane nieszczelnością zespolenia jelita może wystąpić nawet po kilku godzinach i przerodzić się w uogólniony stan zapalny będący bezpośrednim stanem zagrożenia życia. Jednocześnie na wspomnianej rozprawie wskazali, że same objawy rozszczelnienia pojawiają się w kilka, maksymalnie kilkanaście godzin od momentu, w którym to nastąpiło. Już same to stwierdzenie było więc wystarczające do ustalenia, że występujące na wcześniejszym etapie dolegliwości nie mogły być związane z takim zapaleniem. Z opinii biegłych wynika bowiem jednoznacznie, że wcześniej objawy te po prostu nie mogły wystąpić. Skoro tak, to po pierwsze nie mogły być wcześniej stwierdzone, a po drugie manifestowane przez pierwotną powódkę dolegliwości prawidłowo nie były związane z zapaleniem otrzewnej. W tym kontekście faktycznie bez znaczenia pozostają podnoszone w apelacji okoliczności związane ze stopniem zaawansowania zapalenia stwierdzonym przez lekarzy w trakcie operacji oraz uwidocznionym w karcie operacyjnej z dnia 28 grudnia 2006 r. Przede wszystkim nie sposób dostrzec sugerowanej w apelacji sprzeczności pomiędzy ustaleniami biegłych, a zeznaniami świadka K. K.. Świadek w żadnym miejscu nie precyzował okresu, w którym do rozszczelnienia doszło. Jego twierdzenia co do przyczyn uszkodzenia śledziony natomiast w żadnym razie do jakichkolwiek wniosków w tym zakresie nie prowadzą. Biegli dysponujący przecież fachową wiedzą w kontekście tych właśnie zeznań wykluczyli podnoszony przez skarżącą stan śledziony jako wskazujący na okres, w jakim do zakażenia miałyby dojść. Wniosku takiego nie sposób również wysnuć z przywoływanych przez powódkę zeznań świadka T. M., który także nie wskazywał na stan śledziony, jako świadczący o momencie rozszczelnienia jelita. Podobnie świadek wskazując na wydostawanie się treści jelitowej do wnętrza od dłuższego czasu w żaden sposób czasu tego nie precyzował. Co więcej wyraźnie wskazał, że nie jest w stanie stwierdzić od jak dawna przed operacją proces ten trwał. Zresztą dodał, że objawy zapalenia otrzewnej u M. K. mogły mieć różny, nietypowy przebieg, co uzasadniał istnieniem licznych zrostów. Tym samym tylko w sferze dywagacji strony powodowej pozostaje wiązanie stanu śledziony z okresem występującego zakażenia. Co istotne, wbrew stanowisko powódki, w tym zakresie biegli odnieśli się do zeznań dr. M., wskazując, odnośnie kwestii trwającego już dłużej zapalenia otrzewnej, że wcześniej nie było wskazań do reoperacji, że podstawą oceny w tym zakresie były badania RTG z kontrastem, że wcześniej nie było również podstaw do wykonania samego badania tego typu.

Niezależnie od powyższego, jak już wskazano w ocenie biegłych przeprowadzone w okresie pomiędzy operacjami zabiegi diagnostyczne i podejmowane decyzje medyczne były prawidłowe, odpowiadające aktualnemu stanowi klinicznemu pacjentki.

W pisemnej opinii Uniwersytetu (...) w Łodzi z dnia 28 października 2013 r. stwierdzono, że stan chorej w ciągu następnego dnia po pierwszej operacji nie budził zastrzeżeń. Wskazywane przez M. K. dolegliwości bólowe biegli ocenili jako kwestię indywidualną i niewątpliwie związaną zarówno z samym zabiegiem, jak i stwierdzoną u niej chorobą. Co istotne, na podstawie dokumentacji medycznej ustalili, że w dniu 20 grudnia 2006 r. stwierdzono odejście gazów, co świadczy o prawidłowej perystaltyce i wyklucza występowanie na tym etapie wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej. To w związku z takimi wynikami badań wdrożono żywienie doustne. Biegli stwierdzili również, że same gojenie rany przebiegało prawidłowo. W ich ocenie ani zgłaszane przez chorą dolegliwości związane z bólem brzucha, ani nawet występujące w następnych dniach jego wzdęcia nie stanowiły jeszcze podstawy do ustalenia, że w organizmie rozwija się stan zapalny (pomijając już wskazaną wcześniej kwestię okresu, w których objawy zapalenia mogą się ujawnić). Biegli wskazali jednak, że właśnie z uwagi na tego rodzaju objawy prawidłowo przeprowadzone zostało badanie USG, które wskazało dużą ilość gazów i leniwą perystaltykę. Jednocześnie wskazali, że dane z akt nie dają podstawy do stwierdzenia, że badania USG przeprowadzone zarówno w dniu 22, jak i w dniu 25 grudnia 2006 r. były nieprawidłowe, a wyniki nieprawidłowo zinterpretowane. To że w czasie tych badań nie ujawniono zmian znamienych dla nieszczelności zespolenia może świadczyć o tym, że do czasu badań nie doszło do ujawnienia nieszczelności, które byłyby widoczne w obrazie ultrasonograficznym. Pomimo tego, że badania te ma swoją czułość i specyficzność wynikającą z cech samego badania, umiejętności i doświadczenia badającego i z

tego powodu nie w każdym przypadku pozwala na rozpoznania istniejącej patologii, to wyniki badań u powódki nie dawały wskazań do poszerzenia diagnostyki w większym stopniu, niż to uczyniono. Biegli wskazali na wykonanie pasażu jelitowego (badania RTG z doustnym podaniem środka kontrastowego). Ponadto w dniu 25 grudnia 2006 r. wdrożono bilans płynowy. W ocenie biegłych nie było wskazań do prowadzenia tego bilansu wcześniej, zwłaszcza, że przebieg pooperacyjny nie budził żadnych zastrzeżeń. Odnośnie podawania leków w postaci B., parafiny oraz przeprowadzenia zabiegów lewatywy biegli stwierdzili, że były to czynności prawidłowe, a nawet konieczne, mające na celu ułatwienie oddawania stolca, i ochronę przed zaleganiem mas kałowych, wzrostem ciśnienia w świetle jelit. To właśnie brak tego rodzaju działań medycznych zwiększałoby rozejście się zespolenia jelita. Dodali, że istniały wskazania do zastosowania takiego leczenia, albowiem w przypadku otwarcia jamy brzusznej zazwyczaj występuje osłabienie, a nawet porażenie perystaltyki. Co istotne jednoznacznie wskazali, że nie doszło w szpitalu do pomylenia objawów niedrożności jelit z objawami zaburzeń perystaltyki. Biegli wykluczyli też istnienie sugerowanego związku pomiędzy okresem hospitalizacji M. K. do dnia 27 grudnia 2006 r., a występującymi powikłaniami wskazując, że nie ma standardów w zakresie okresu hospitalizacji po takim zabiegu, jaki wykonano w dniu 15 grudnia 2006 r., a w szczególności, że okres ten nie powinien przekroczyć 7 dni. Czas leczenia zależy od przebiegu diagnostyki, rodzaju leczenia oraz stanu pacjenta. Biegli wykluczyli też zwiększenie ryzyka powikłań w związku z momentem wykonania drugiej operacji w stosunku do podania kontrastu. Podobnie odnieśli się do konieczności wykonywania u M. K. badań moczu podnosząc brak ku temu wskazań medycznych i wskazując na prowadzenie monitoringu pracy nerek, na prowadzenie bilansu płynowego, na ocenę stężenia mocznika i kreatyniny we krwi, co było wystarczające dla oceny funkcji nerek, a pośrednio możliwości wystąpienia zapalenia otrzewnej. Podkreślili, że wynik badania moczu nie miałby znaczenia dla rozpoznania rozszczelnienia jelita i jego następstw. Na stronie 64 opinii biegli przedstawili wszystkie badania, jakie przeprowadzono u chorej wskazując na ich prawidłowość i celowość, a także adekwatność do stanu zdrowia i zakresu zastosowanego leczenia. Biegli podnieśli, że znajdujące się w aktach sprawy wyniki badań laboratoryjnych nie wskazywały na występowanie zmian charakterystycznych dla zapalenia otrzewnej. Prowadziło to biegłych do wniosku, że powikłania rozpoznane bez zbędnej zwłoki, gdy tylko pozwalały na to objawy kliniczne i wyniki prowadzonych badań;

Takie też stanowisko podtrzymali w pisemnej opinii z dnia 25 lutego 2014 r., choć jak wskazano na wstępie, bez jakiegokolwiek szerszej argumentacji.

W sporządzonej na etapie postępowania apelacyjnego pisemnej opinii z dnia 27 października 2015 r. stanowiącej ustosunkowanie się do zarzutów strony powodowej sformułowanych jeszcze przed wydaniem wyroku Sądu I instancji, biegli ponownie wskazali, że po zabiegu z dnia 15 grudnia 2006 r. stan chorej ulegał stopniowej poprawie. W dniu 20 grudnia 2006 r. stwierdzono odejście gazów. Podnieśli, że do typowych objawów zapalenia otrzewnej są bóle, wzdęcie brzucha, obrona mięśniowa, czy dodatni objaw Blumberga. Stąd też podnieśli, że dopiero pojawienie się bólów i wzdęcia brzucha spowodowało wykonanie celowych i prawidłowo dobranych badań diagnostycznych w postaci USG jamy brzusznej i pasażu jelitowego. Brak oddawania stolca natomiast może być wywołany wieloma różnymi przyczynami, np. karencją żywieniową przez usta, niedrożnością porażenną, niską niedrożnością mechaniczną, brakiem perystaltyki spowodowanej zapaleniem otrzewnej. W ich ocenie w przypadku M. K. nie było potrzeby rozszerzenia badań diagnostycznych. Dodali, że w dniu 25 grudnia 2006 r. nie istniały wskazania do wykonania zabiegu operacyjnego, pojawiły się one dopiero w dniu 28 grudnia 2006 r. Podtrzymali stanowisko, że do rozszczelnienia musiało dojść na kilka, kilkanaście godzin przed otrzymaniem wyników badania radiologicznego pasażu jelitowego. Tożsame stanowisko wyrazili również odnośnie celowości wykonania lewatywy.

W ustnych wyjaśnieniach do powyższej opinii złożonych na rozprawie w dniu 19 maja 2016 r. podnieśli, że objawy zapalenia otrzewnej wystąpiły dopiero w 13 dobie od daty pierwszej operacji. Same objawy bowiem perforacji manifestują się na kilka, kilkanaście godzin od momentu rozszczelnienia. Można więc założyć, że perforacja nastąpiła w 11 dobie, natomiast bóle wskazywane kilka dni po pierwszej operacji były spowodowane innymi przyczynami. Podobnie brak oddawania stolca był normalnym skutkiem przeprowadzonego zabiegu. Co więcej biegli jednoznacznie wykluczyli związek zaburzeń w tym zakresie z zakażeniem. Podnieśli, że brak oddawania stolca nie ma nic wspólnego z zakażeniem. Podnieśli, że przy tego rodzaju operacjach zatrzymanie perystaltyki może trwać nawet do piątej

doby od zabiegu. Z dokumentacji natomiast wynika, że stwierdzono nie tylko odejście gazów, ale również miękkość brzucha. Biegli ponownie wykluczyli wadliwość procesu diagnostycznego wiążanego z wynikami badania USG przeprowadzonego w dniu 25 grudnia 2006 r. Dodali, że nie wykazuje ono istnienia zakażenia, a jedynie pojawienie się zbiorników płynu, które mogą być wywołane różnymi przyczynami. Wskazali, że ważniejsze jest przeprowadzone w tym samym dniu badanie radiologiczne, które wykazało leniwą perystaltykę, która jednak nadal była zachowana. Ruchy perystaltyczne ustają natomiast dopiero w chwili zakażenia. Badania przeprowadzone w dniu 25 grudnia 2006 r. nie dawały wskazań do operacji. Obrazy obu tych badań nie wskazywały na zakażenie w jamie otrzewnej. Co więcej, biegli podnieśli, że najistotniejsze w tym zakresie są badania stanu klinicznego pacjenta. Stan ten natomiast wskazał na wystąpienie zakażenia dopiero w dniu 28 grudnia 2006 r. Zalecenia lekarza z dnia 25 grudnia stwierdzającego wystąpienie zbiornika płynu w połączeniu z zapisem badania USG co do trudności w przeprowadzeniu badania nie dawały podstawy do przeprowadzania szerszej diagnostyki, jeżeli nie wystąpiły jednocześnie objawy kliniczne. Pojawienie się zbiornika bez tych objawów tego nie wymagało. Ponownie podkreślili, że perforacja daje bardzo szybkie objawy, a te w dacie badania nie występowały. Stąd wykonanie innych badań nie był potrzebny. Stan długotrwałej choroby nowotworowej powódki, branie sterydów, wystąpienie kolagenozy ma wpływ na prawidłowość gojenia, jednakże wykonane badania miały charakter asekuracyjny wobec decydującego znaczenia stanu klinicznego, który pojawił się w dobie, w której wykonano drugą operację. Najistotniejsze jest w tym zakresie stwierdzenie biegłych, że perforacja nie mogła wystąpić wcześniej. Taka sytuacja z punktu widzenia chirurgicznego nie istnieje. Poszerzona diagnostyka nie wnosiłaby więc nic nowego. Biegli potwierdzili również swoje stanowisko odnośnie zabiegów lewatywy. Dodali, że podawany płyn może nawet sięgać do miejsca zespolenia, jednakże jego ciśnienie jest tak niewielkie, że nie mogło wywołać skutku w postaci rozszczelnienia. Nie można więc tego rodzaju zabiegów z nim łączyć. Same natomiast zabiegi lewatywy były zasadne i konieczne. Biegli podkreślili też, że brak prawidłowej perystaltyki w dniu 27 grudnia 2006 r., wzdęcie brzucha dawały pewne podstawy do przypuszczenia, że jednym z powodów takiego stanu rzeczy może być mikropęknięcie zespolenia, które nie dało jednak objawów zapalenia otrzewnej. Stąd prawidłowość wykonanego pasażu. Zresztą z dokumentacji i innych dowodów nie wynika, jakiej wielkości było rozszczelnienie. Mogło przybrać postać mikropęknięcia. Wcześniejsze objawy tego samego rodzaju nie dawały jednak takich podstaw. Dopiero brak reakcji na stosowane zabiegi w zakresie perystaltyki (podanie lewatywy w dniu 27 grudnia i brak oddania stolca) spowodował powstanie podejrzeń co do rozejścia zespolenia. Biegli potwierdzili, że tak rozległe, jak stwierdzone przez dr T. M. zapalenie, liczne zbiorniki ropne mogły wystąpić w tak krótkim czasie.

Odnosząc się do kwestii uszkodzenia śledziony wskazać należy, że zapis w karcie operacyjnej z dnia 28 grudnia 2006 r. wskazuje jedynie na usunięcie uszkodzonej śledziony. Nie wynika więc z niego w żaden sposób przyczyna takiego stanu rzeczy, a już w szczególności, że było to spowodowane zapaleniem otrzewnej. Powoływane w apelacji zeznania świadka K. K. składane w ramach postępowania karnego także wskazują jedynie na wystąpienie trudności śródoperacyjnych. Sama skarżąca podniosła, że świadek w żaden sposób ich nie sprecyzował. Podobnie rzecz się ma z wyjaśnieniami świadka składanymi dyrektorowi pozwanego szpitala. Odnoszą się one ponownie do trudności, które wystąpiły w trakcie operacji. Jak z powyższego wynika, świadek w żadnym miejscu nie określał konkretnych przyczyn usunięcia śledziony. Tym samym nie sposób doszukać się sprzeczności tych oświadczeń z zeznaniami złożonymi w niniejszej sprawie. Świadek oświadczył, że wycięto śledzionę z powodu technicznych problemów z uruchomieniem jelita. Zresztą skarżącą taki pogląd wyrażała tylko w formie przypuszczenia. Sama zauważyła, że dokumentacja nie daje podstaw do ustalenia przyczyn uszkodzenia śledziony. Jej wiązanie z rozległym stanem zapalnym wskazywanym również przez świadka T. M. nosi więc znamiona spekulacji. Co szczególnie istotne, wbrew cytatom zaprezentowanym w apelacji, świadek zeznał, że w stanie zapalnym była sieć większa pokrywająca jelita. W trakcie uwalniania zrostów i wycięcia zmienionej sieci większej i resekcji zagięcia śledzionowego okrężnicy doszło do uszkodzenia śledziony, która usunąłem (karta 342 verte akt). Jak z powyższego wynika świadek nie tylko nie łączył stanu śledziony i jej usunięcia z zapaleniem, ale wprost oświadczył, że usunięcie to było związane z jej uszkodzeniem w trakcie zabiegu. W innym zresztą miejscu dodał, że kiedy jest usuwane jelito i nie ma zrostów, udaje się oszczędzić uratować śledzionę w trakcie zabiegu, jednakże u powódki wobec tak masywnych zrostów i stanu zapalnego, który istniał od momentu rozejścia się zespolenia, jakakolwiek próba wyłonienia jelita była niemożliwa bez takiego powikłania w postaci uszkodzenia śledziony. Ponownie więc świadek wskazywał na sam proces operacyjny jako przyczynę uszkodzenia i usunięcia śledziony. Takie też stanowisko przedstawili biegli. W pisemnej opinii z dnia 28 października 2013 r. podnieśli, że

operator musiał uwolnić ze zrostów dystalną część lewej połowy okrężnicy, a zwłaszcza okolicy zgięcia śledzionowego. Doszło wówczas do uszkodzenia śledziony z koniecznością jej usunięcia. Dodali, że manewr ten jest ze swej natury obciążony ryzykiem uszkodzenia śledziony, zwłaszcza przy współistniejących zrostach otrzewnowych, rozlanym zapaleniu otrzewnej i licznych zbiornikach ropnych w jamie otrzewnej. Biegli wskazali, że pomimo prawidłowego postępowania medycznego, zastosowania odpowiedniej techniki operacyjnej i należytej staranności i ostrożności uszkodzenie śledziony uważać należy za normalne powikłanie, jakie mogło się pojawić, szczególnie wobec wieloletniego leczenia sterydami. Podobnej zresztą oceny dokonali odnośnie wystąpienia ropnia okołostomijnego i ropnia powłok. Uznali je w tych okolicznościach także za normalne, mogące wystąpić powikłania mimo prawidłowości postępowania medycznego.

Stanowisko takie biegli podtrzymali w pisemnej opinii z dnia 25 lutego 2014 r.

W pisemnej opinii z dnia 27 października 2015 r. wskazali, że dokonanie wycięcia śledziony było koniecznością wynikającą z jej śródoperacyjnego uszkodzenia. Było to związane ze znacznymi trudnościami technicznymi wynikającymi z poprzedniego zabiegu operacyjnego. Jest to wpisane w ryzyko uwalniania zagięcia śledzionowego, zwłaszcza obecności zrostów, o czym mowa w opisie zabiegu operacyjnego.

Wobec takiej treści wszystkich opinii oraz pozostałych omówionych wcześniej dowodów brak podstaw do łączenia uszkodzenia śledziony ze stanem zapalnym.

W zakresie wystąpienia zakażenia szpitalnego wskazać należy, że jest to pojęcie normatywne. Zgodnie z art. 2 pkt. 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zakażenie szpitalne, to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania (lit. a), albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym, niż najdłuższy okres jej wylegania. Przede wszystkim w aktach sprawy brak dowodów, które pozwalałyby na ocenę spełnienia tak określonej definicji zakażenia szpitalnego. W pisemnej opinii z dnia 28 października 2013 r. wskazano, że zachowano ciągłość antybiotykoterapii po dniu 28 grudnia 2006 r. W opinii z dnia 25 lutego 2014 r. biegli podnieśli, że z przedłożonych dokumentów wynika, iż w pozwanym szpitalu powołano zespół zakażeń szpitalnych, który objął monitoringiem także oddział chirurgiczny. Nie wynika z nich, czy objęty nim został cały personel, ale też nie ma takiego obowiązku. Z kolei w pisemnej opinii z dnia 27 października 2015 r. biegli wskazali, że z uwagi na ciężki stan zdrowia M. K. w postaci choroby nowotworowej, nieszczelność zespolenia oraz rozlane zapalenie otrzewnej naturalną konsekwencją musiało być wyhodowanie wskazywanych w apelacji bakterii. Jednocześnie jednak podnieśli, że podjęto skuteczne leczenie celowane antybiotykoterapią, czego dowodem jest uzyskanie poprawy klinicznej oraz poprawy zmian radiologicznych (zapalnych) w płucach. W badaniu z dnia 21 września 2007 r. bakterii już nie wyhodowano. Na rozprawie w dniu 19 maja 2016 r. biegli wskazali, że sam w sobie pobyt w szpitalu przez okres kilkunastu dni powoduje ryzyko, czy powstanie takiego zakażenia, ale ponownie podkreślili, że przeciwdziałanie tego rodzaju zjawisku było prawidłowe. Przeprowadzono w tym zakresie skuteczne leczenie. Co jednak istotne dodali, że w aktach sprawy brak dowodów, z których wynikałoby, że chora nie była nosicielem wykrytych w dniu 29 grudnia 2006 r. przed przyjściem do szpitala. Niezależnie od takiej treści opinii, dla oceny roszczenia powódki wiążanego z tymi objawami było wykluczenie przez biegłych wpływu tego zakażenia na proces leczenia oraz stan zdrowia M. K. w szczególności przy uwzględnieniu występowania innych bakterii bardziej chorobotwórczych oraz rodzaju zabiegów. W ich ocenie proces leczenia nie został wydłużony, czy też skomplikowany wobec innych schorzeń występujących już u chorej. Bakterie nie wywołały innych, czy dodatkowych skutków dla występujących już schorzeń i stanu zdrowia pacjentki. Biegli przy tym stanowczo wykluczyli wpływ tych bakterii na rozejście się zespolenia jelitowego. Oceny tej nie zmieniają zapisy o rozpoczynającej się posocznicy. Biegli wskazali, że posocznica nie jest chorobą a objawem. Ponadto objawy te wystąpiły dopiero po drugiej operacji, a tym samym nie mogły spowodować samego rozejścia. Podnieśli, że ich źródłem był ropień wątroby i on miał w tym zakresie decydujące znaczenie. Zakażenie szpitalne nie wpływało na powstawanie w późniejszym okresie zbiorników ropnych, tym bardziej, że brak dowodów, że pobierano ropę z innych miejsc, niż sama rana. Brak w tym zakresie łączności. Zniknęły zresztą cechy stanu zapalnego, choć też wskazali, że nie zostało wykonane końcowe badanie bakteriologiczne, ale nawet, gdyby bakterie w dacie wyjścia ze szpitala nadal stwierdzono, to

dla dalszych losów pacjenta i dalszego leczenia nie miało znaczenia. Jak z powyższego wynika nawet wystąpienie zakażenia wewnątrzszpitalnego nie stanowiło czy to źródła szkody, czy też źródła jej zwiększenia. Jego wystąpienie nie spowodowało dla powódki jakichkolwiek dodatkowych skutków, z którymi możnaby wiązać zwiększony zakres cierpień związanych z leczeniem, bieżącym funkcjonowaniem itd.

Biegli we wszystkich wspomnianych opiniach w sposób jednoznaczny i konsekwentny wskazywali na to, że rozejście się zespolenia jelitowego i w jego konsekwencji wystąpienie zapalenia otrzewnej, co prowadziło między innymi do wyłonienia stomii było mogącym się pojawić powikłaniem nie pozostającym jednak w związku ani z przebiegiem pierwszego zabiegu, ani z wadliwym postępowaniem pielęgniarskim i medycznym mającym miejsce pomiędzy operacjami. Biegli też wykluczyli wadliwość procesu diagnostycznego w tym okresie, co miałyby według skarżącej skutkować opóźnionym przeprowadzeniem drugiego zabiegu i w konsekwencji dalszymi negatywnymi skutkami dla stanu zdrowia pacjentki.

Wreszcie biegli wskazali na prawidłowość procesu leczniczego pod dniu 28 grudnia 2006 r., na oddziale intensywnej terapii, chirurgicznym, czy na oddziale pulmonologicznym, który zasadniczo wiązany był w apelacji z wynikami przeprowadzonych badań USG z jednej strony w pozwanym szpitalu, a z drugiej strony w innych placówkach. Ustalenia takie biegli poczynili na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej wskazując na wszystkie czynności i ich znaczenie. W opinii z dnia 28 października 2013 r. podnieśli, że na tym etapie nie popełniono błędów ani diagnostycznych, ani terapeutycznych. Wdrożone postępowanie medyczne, w tym jak już wskazano antybiotykoterapia było prawidłowe, zgodne ze wskazaniami współczesnej wiedzy medycznej, a przede wszystkim skuteczne. Ciężki stan M. K. w momencie przyjęcia na oddział intensywnej terapii (niewydolność krążeniowo - oddechowa, niewydolność nerek) był związany z powikłaniami septycznymi jakie rozwinęły się w przebiegu rozlanego zapalenia otrzewnej oraz śródoperacyjnej utraty pewnej objętości krwi. Same rozejście się zespolenia, wspomniane rozlanie, czy uszkodzenie i usunięcie śledziony, jak również wyłonienie stomii, czy wreszcie wystąpienie ropnia okołostomijnego i ropnia powłok stanowiły natomiast normalne, mogące powstać powikłanie, przy czym nie były one wynikiem wadliwości procesu medycznego, a nadto zostało wykryte we właściwym czasie i właściwie leczone, a nadto w znacznej części musiały być związane z chorobą nowotworową i związanym z tym leczeniem, czego konsekwencją było osłabienie odporności organizmu. Biegli podkreślili, że odległość czasowa pomiędzy poszczególnymi badaniami USG wyłącza jakąkolwiek możliwość ich porównywania i czynienia podstawą oceny w zakresie prawidłowości procesu medycznego. W żadnym przypadku nie świadczą one, że leczenie było nieprawidłowe. Biegli poddali w wątpliwość w ogóle sens porównywania wyników tych badań. Dodali, że wypisanie powódki ze szpitala z ropiejącą raną było prawidłowe wobec zapewnienia opieki ambulatoryjnej oraz z uwagi na to, że ropienie dotyczyło powierzchni rany. Prowadzono przy tym aż do wypisania ze szpitala prawidłowe leczenie antybiotykami. Skutkowało to poprawą stanu zdrowia pacjentki. Takie też stanowisko prezentowali w kolejnych opiniach.

Reasumując więc ostatecznie prawidłowo (co potwierdziły opinie sporządzone na etapie postępowania apelacyjnego) Sąd I instancji ustalił, że powódka nie wykazała przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala, w konsekwencji również zakładu ubezpieczeń. Jak wyżej wskazano przede wszystkim nie wykazała, by jej stan zdrowia, zakres doznanych cierpień był wynikiem wadliwości szeroko pojętego procesu medycznego.

Niezależnie od powyższych okoliczności, które uzasadniały oddalenie powództwa, za pozbawione podstaw uznać należało zawarte w apelacji zarzuty naruszenia przepisów art. 442¹ § 1 k.c. oraz art. 5 k.c. Sąd I instancji w sposób prawidłowy ustalił, że roszczenie powódki w stosunku do pozwanego szpitala uległo przedawnieniu. Zarzuty te zresztą, jako niweczące roszczenie winny zostać omówione w pierwszej kolejności, jednakże zachowano chronologię wynikającą z samej apelacji.

Zgodnie z treścią art. 442¹. § 1 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Zgodnie z § 3. tego artykułu, w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie

obowiązanej do jej naprawienia. Należy zauważyć, że w okresie, z którym z którym powódka wiąże swoje roszczenia odszkodowawcze obowiązywał przepis art. 442 k.c., który utracił moc dnia 10 sierpnia 2007 r. na podstawie art. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz. U. z dnia 9 maja 2007 r.). Zgodnie bowiem z art. 2 tej ustawy do roszczeń, o których mowa w art. 1, powstałych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, stosuje się przepisy art. 442¹ Kodeksu cywilnego. Jeżeli więc powód do dnia 10 sierpnia 2007 r. nie wystąpi z powództwem o naprawienie szkody spowodowanej czynem niedozwolonym, który miał miejsce przed tą datą, to gdy powództwo zostanie zgłoszone po tej dacie, a pozwany podniesie zarzut przedawnienia sąd musi ocenić, czy biorąc pod uwagę przepisy k.c., w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r., roszczenie powoda uległo do dnia 10 sierpnia 2007 r. już przedawnieniu, czy też termin, tak liczonego przedawnienia, jeszcze nie upłynął i dopiero w wyniku tej oceny zastosować normę art. 442¹ k.c. (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., sygn. akt V CSK 322/13, LEX nr 1491263). W niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że w dacie wprowadzenia nowej regulacji roszczenie powódki nie było przedawnione. Oznacza oceny podniesionego przez pozwanego zarzutu przedawnienia dokonywać należy w oparciu o regulację przepisu art. 422¹ § 1 k.c.

Przedawnienie roszczenia jest przewidzianym przez ustawodawcę sposobem na przeciwdziałanie utrzymywaniu się w dłuższym czasie niepewności co do stanu prawnego i zezwala osobie, przeciwko której roszczenie jest kierowane, uchylić się od jego zaspokojenia bez konieczności dowodzenia jego ewentualnej bezzasadności. Bieg terminu przedawnienia roszczenia rozpoczyna się w przypadku roszczeń o charakterze deliktowym - w dniu, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie lub krzywdzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia i biegnie niezależnie od świadomości potencjalnie uprawnionego co do możliwości dochodzenia roszczenia przed sądem (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 kwietnia 2014 r., I ACa 7/14, LEX nr 1466797). Szkada może powstać równocześnie ze zdarzeniem, które ją wywołało albo też po upływie pewnego czasu od zdarzenia. Przesłanka wiadomości o szkodzie zostaje zrealizowana już w chwili, w której poszkodowany wie o istnieniu szkody w ogóle, gdy ma świadomość faktu powstania szkody, choćby nie znał jeszcze bliżej jej rozmiarów (vide uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 1963 r., III PO 6/62, OSNCP 1964, Nr 5, poz. 87). Ukształtowany kierunek wykładni, wynikający z przytoczonej uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 1963 r. utrzymał się i utrwalił w późniejszej judykaturze (uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 1969 r., III PZP 43/68, OSNCP 1969 Nr 9, poz. 150, wyrok z dnia 10 czerwca 1986 r., III CRN 101/86, niepublikowany; wyrok z dnia 10 marca 1998 r., II UKN 543/97, OSNAPiUS 1999 Nr 5, poz. 176; wyrok z dnia 19 maja 1999 r., II UKN 647/98, OSNAPiUS 2000 Nr 15, poz. 589, wyrok z dnia 12 stycznia 2001 r., III CKN 1071/98, LEX nr 52697, wyrok z dnia 21 grudnia 2004 r., I PK 122/04, OSNP 2005 Nr 24, poz. 390; wyrok z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 19/05, OSNP 2006 nr 13-14, poz. 219). Nie jest rozstrzygający moment uzyskania pewności co do związku przyczynowego między zdarzeniem a jego skutkiem w postaci szkody (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2014 r., I PK 213/13, LEX nr 1466624, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2014 r., I PK 213/13, LEX nr 1466624). Nie jest też rozstrzygająca świadomość co do rozmiarów szkody, bądź też trwałości jej następstw. Ustalenie przy tym wiedzy poszkodowanego o szkodzie nie jest rekonstrukcją rzeczywistego stanu świadomości poszkodowanego, lecz stanowi przypisywanie mu świadomości wystąpienia szkody według kryteriów zrelatywizowanych do właściwości podmiotowych poszkodowanego, dostępnej mu wiedzy o okolicznościach wyrządzenia szkody oraz zasad doświadczenia życiowego, w szczególności co do powiązania zaistniałej szkody z określonym czynem niedozwolonym (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 13 maja 2014 r., I ACa 1475/13, LEX nr 1477184). Tym samym chwilą dowiedzenia się poszkodowanego o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia jest moment otrzymania przez poszkodowanego takich informacji, które obiektywnie oceniając, pozwalają z wystarczająco dużą dozą prawdopodobieństwa przypisać sprawstwo określonemu podmiotowi.

W niniejszej sprawie Sąd I instancji ustalił, że powódka o szkodzie i osobie poszkodowanego dowiedziała się najpóźniej w dniu 27 stycznia 2007 r. (najpóźniej po wyjściu z pozwanego szpitala). Odwołał się w tym zakresie między innymi do okoliczności, że już 1 lutego 2007 r. powódka poddała się badaniom weryfikującym stanowisko szpitala i wskazywany przez niego stan zdrowia. Oznacza to, że pozew przeciwko szpitalowi winien zostać wniesiony

najpóźniej do dnia 27 stycznia 2010 r., co niewątpliwie nie miało miejsca. Powódka M. K. pierwotnie bowiem pozwała wyłącznie (...) S.A. w W.. Dopiero w dniu 9 września 2010 r. złożyła wniosek o dopozwanie szpitala (karty 318 – 324 akt). Postanowienie w przedmiocie wezwania do wzięcia udziału w sprawie szpitala wydane zostało natomiast na rozprawie w dniu 28 września 2010 r. (karty 342 – 346 akt). Zgodnie z treścią art. 198 § 1 k.p.c. wezwanie do wzięcia udziału w sprawie w charakterze pozwanego, dokonane przez sąd zgodnie z artykułami poprzedzającymi, zastępuje pozwanie. Osobom wezwanym sąd doręczy odpisy pism procesowych i załączników. Nie ulega wątpliwości, że w odniesieniu do instytucji dopozwania (art. 194 k.p.c.) konieczne jest wydanie przez Sąd postanowienia w tym przedmiocie, w sytuacji, gdy do dopozwania dochodzi na wniosek jednej ze stron. Samo złożenie takiego wniosku nie powoduje automatycznie (bez postanowienia Sądu) wezwania wskazanego podmiotu w charakterze strony pozwanej. Wezwanie do udziału w sprawie jest czynnością Sądu, a nie stron. Dopiero postanowienie o wezwaniu do udziału w sprawie w charakterze pozwanego wywołuje więc skutki procesowe, które istnieją tak długo, jak długo istnieje samo postanowienie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 sierpnia 2012 r. (sygn. akt V CSK 371/11, LEX nr 1226854) wskazał, że wezwanie, o którym mowa w art. 198 k.p.c. i które wywiera skutki pozwania, a więc wytoczenia powództwa w stosunku do tej osoby, następuje z chwilą wydania przez sąd postanowienia w tym przedmiocie. Nie ma ono mocy wstecznej. Na gruncie przekształceń podmiotowych ustawodawca przyjął, że z chwilą wezwania dokonanego przez Sąd osoba pozostająca poza procesem staje się pozwaną w toczącym się postępowaniu. Ta czynność odpowiada swoim charakterem doręczeniu pozwu i nie chodzi tu o wezwanie w znaczeniu zawiadomienia tej osoby, czyli doręczenia jej wezwania do udziału w sprawie (por. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 grudnia 1973 r., I CR 614/73, OSNCP 1974, Nr 12, poz. 213 i uchwała Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 2010 r., II PZP 13/09 OSNP 2010, nr 13-14 poz. 155, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 1980 r., II CR 131/80, OSNC 1980, Nr 11, poz. 223). Skoro więc wydanie przez sąd na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. w związku z art. 198 § 1 k.p.c. postanowienia o wezwaniu do wzięcia udziału w sprawie w charakterze pozwanego jest pozowaniem na równi z wystąpieniem z pozwem, to tym samym przerywa czy to bieg prekluzji, czy też przedawnienia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 1974 r., I PR 375/73, OSNC 1975/2/32, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 stycznia 1972 r., I PR 107/71, LEX nr 14156). Zestawienie ustalonej przez Sąd daty powzięcia przez powódkę wiedzy o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia z datą wydania postanowienia w przedmiocie wezwania do wzięcia udziału w sprawie w charakterze pozwanego nie pozostawia wątpliwości, że termin przedawnienia określony w art. 442¹ § 1 k.c. upłynął.

Nie ulega wątpliwości, że powódka szkody upatrywała w wadliwym wykonaniu zabiegu z dnia 15 grudnia 2006 r., powikłaniami po tym zabiegu, koniecznością wykonania kolejnej operacji w dniu 28 grudnia 2006 r. i jej konsekwencjami, a wreszcie z pobytem na oddziale intensywnej terapii, chirurgicznym i pulmonologicznym, czy zakażeniem wewnątrzszpitalnym. Powódka na żadnym etapie postępowania nie podnosiła, że miała w tym zakresie jakiegokolwiek wątpliwości, że nie miała pewności czy co do podmiotu, który wyrządził jej szkodę, czy też samego faktu jej wystąpienia. Podkreślenia wymaga, że jak sama wskazywała, w tym ostatnim przypadku już od pielęgniarki w trakcie pobytu w szpitalu usłyszała, że grzybica spowodowana została niewłaściwym stanem higienicznym basenu. Powoływała się na dalsze prowadzenie leczenia (od 15 lutego do 7 marca 2007 r. przebywała w szpitalu (...), a w czerwcu 2007 r. w Niemczech, gdzie wykonana została operacja polegająca na drenażu ropnia oraz założeniu drenaży i terapii antybiotykowej), które to czynności wiązała z wadliwym leczeniem u pozwanego, z usuwaniem ich skutku. Dla wskazanej wyżej zobiektywizowanej oceny świadomości powódki nie bez znaczenia pozostaje zauważona przez Sąd Okręgowy kwestia wykonywania przez nią zawodu pielęgniarki, co w sposób oczywisty wpływało na jej postępowanie z większym, niż przeciętne rozeznanie. Zresztą powódka w toku procesu właśnie tę okoliczność akcentowała. Podnosiła, że właśnie jako pielęgniarka potrafiła określić swój stan zdrowia, potrafiła właściwie manifestować objawy chorobowe, wskazywała na ignorowanie przez personel jej jednoznacznego stanowiska, wprost wskazywała, że już w szpitalu miała świadomość wadliwego leczenia o czym w jej ocenie świadczy konieczność ponownej operacji. Należy zauważyć również, że M. K. powoływała się na brak żądanych konsultacji, co wskazuje jednoznacznie, że od początku z pozwanym szpitalem i przeprowadzonym zabiegiem oraz diagnostyką i opieką w nim upatrywała swojego złego stanu zdrowia. Jak wskazano wyżej prezentowana w apelacji kwestia rozmiaru poniesionej szkody dla ustalenia terminu przedawnienia nie miała znaczenia. Nie jest konieczna świadomość wszystkich szczegółowych następstw zdarzenia szkodzącego, dokładnych jego skutków, wystarczy ogólna wiedza o uszczerbku na zdrowiu powiązanych z działaniami lub zaniechaniami szpitala. W tym kontekście podnoszony w apelacji ewentualny brak

do końca życia wiedzy co do stałego, a nie czasowego charakteru stomii nie ma znaczenia. Zresztą w przeciwnym wypadku instytucja przedawnienia faktycznie podlegałaby wyłączeniu. Ponadto oznaczałoby, że powódka upatruje swoich cierpień z okolicznościami nieuświadomionymi. Trudno w tym kontekście uznać, że powódka nie wiedziała o szkodzie i osobie zobowiązanej. Przeciwnie, powódka cały czas swoje roszczenia wiązała z konkretnym zdarzeniem i konkretnym podmiotem (szpitalem). Nie sposób przy tym, a do tego wyraźnie zmierza skarżąca, początku biegu terminu przedawnienia wiązać z zakończeniem leczenia, czy ustaniem skutków wadliwych działań szpitala (np. leczenie w Niemczech). Zresztą w tym ostatnim przypadku i tak uznać należałoby, że termin przedawnienia upłynął najpóźniej w czerwcu 2010 r. Jak bowiem wynika nawet z treści samej apelacji, po tej dacie świadomość istnienia szkody, osoby zobowiązanej już istniała. Racjonalnie rzecz oceniając, gdyby powódka miała wątpliwości co do wystąpienia szkody i podmiotu za to odpowiedzialności nie występowałaby z konkretnymi żądaniem wobec jego ubezpieczyciela.

Zawartym w apelacji twierdzeniom dotyczącym niemożności dowiedzenia się o szkodzie z uwagi na pobyty w szpitalu, czy też stan zdrowia i samopoczucie przeczą natomiast wprost realne działania podejmowane przez powódkę, w tym udzielanie pełnomocnictw do prowadzenia spraw przeciwko ubezpieczycielowi, występowanie z żądaniem dotyczącymi najpierw określenia ubezpieczyciela (żądanie umów ubezpieczenia), a następnie zgłoszenie szkody, co miało miejsce w dniu 15 sierpnia 2008 r. i dalsze działania związane z dochodzeniem odszkodowania. Co więcej po ustanowieniu pełnomocników trudno uznać, że jej stan zdrowia miał jakikolwiek wpływ na podejmowanie czynności zmierzających do przerwania biegu terminu przedawnienia. Odnieść się również należy do zeznań słuchanych osób, w szczególności natomiast skarżącej, która wielokrotnie wskazywała na wiązanie przez powódkę swoich cierpień wynikających z wadliwym leczeniem już w trakcie pobytu w szpitalu, czemu służyły przeprowadzone prywatnie badania. Nawet jednak jeśli uznać, że rzeczywiście z uwagi na stan zdrowia powódka nie była w stanie uświadomić sobie istnienia szkody i podjąć działania zmierzające do pozwania podmiotu odpowiedzialnego, to stan ten ustał najpóźniej w czerwcu 2007 r. po zakończeniu leczenia na terenie Niemiec. Zresztą trudno ocenić, z jakich powodów M. K. mogła w określonej dacie podejmować określone czynności, a następnie wytoczyć powództwo przeciwko zakładowi ubezpieczeń, a nie mogła tego uczynić w stosunku do samego szpitala.

Reasumując więc uznać należało, że powódka z jednej strony miała pełną wiedzę co do wystąpienia szkody i podmiotu za to odpowiedzialnego, a z drugiej strony możliwość wytoczenia pozwu także przeciwko szpitalowi. Wbrew więc stanowisku skarżącej, Sąd I instancji poczynił prawidłowe ustalenia niezbędne do określenia przesłanek stosowania art. 422¹ k.c.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, w okolicznościach niniejszej sprawy nie zaistniały również przesłanki do stosowania art. 5 k.c. Nie ulega wątpliwości, że kolizję wartości przejawiającej się w pewności stosunków prawnych, chronionej instytucją przedawnienia, oraz wartości, jaką stanowi prawo pokrzywdzonego do uzyskania ochrony prawnej naruszonego dobra, można w wyjątkowych wypadkach rozwiązywać za pomocą klauzuli zawartej w tym przepisie. Sąd może zatem nie uwzględnić upływu przedawnienia dochodzonego roszczenia, jeżeli podniesienie przed dłużnika zarzutu przedawnienia nastąpiło w okolicznościach objętych jego hipotezą (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1993 r., III CZP 8/93, OSNC 1993, Nr 9, poz. 153, wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 1997 r., I CKN 323/97, OSNC 1998, Nr 5, poz. 79, z dnia 7 czerwca 2000 r., III CKN 522/99, nie publ., z dnia 28 czerwca 2000 r., IV CKN 278/00, nie publ., z dnia 27 czerwca 2001 r., II CKN 604/00, OSNC 2002, Nr 3, poz. 32, z dnia 8 listopada 2002 r., III CKN 1115/00, nie publ., z dnia 2 kwietnia 2003 r., I CKN 204/01, nie publ. i z dnia 7 listopada 2003 r., V CK 399/02, nie publ. uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., III CZP 84/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 114). Sąd Najwyższy podkreślał, że stosując art. 5 k.c. trzeba mieć na względzie szczególny charakter tego przepisu, wynikający z użycia w nim klauzul generalnych. Przy ocenie, czy zarzut przedawnienia stanowi nadużycie prawa, rozstrzygające znaczenie mają okoliczności konkretnego wypadku, zachodzące po stronie poszkodowanego oraz osoby zobowiązanej do naprawienia szkody. W szczególności ma znaczenie charakter uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany, przyczyna opóźnienia w dochodzeniu roszczenia i czas jego trwania. Nie może też ulegać wątpliwości, że zastosowanie art. 5 k.c., gdy idzie o zarzut przedawnienia roszczenia, nie jest ograniczone tylko do takiej sytuacji, w której przyczyną opóźnienia w dochodzeniu roszczenia

polegać mają na wywołaniu przez dłużnika przekonania o dobrowolnym zaspokojeniu roszczenia. Przyczyny te mogą leżeć również po stronie wierzyciela, o ile są tego rodzaju, że obiektywnie usprawiedliwiają opóźnienie w wystąpieniu z pozwem. Nie zmienia to jednak oceny, że muszą to być sytuacje wyjątkowe przy dodatkowym założeniu, że przekroczenie terminu przedawnienia jest niewielkie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2013 r., IV CSK 611/12, LEX nr 1365718, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 2005 r., II UK 203/04, Lex nr 6037770). Nie ulega przy tym wątpliwości, że zastosowanie art. 5 k.c. w odniesieniu do zarzutu przedawnienia zakłada rozważenie na tle całokształtu okoliczności sprawy interesów obu stron roszczenia, tj. zarówno uprawnionego, jak i zobowiązanego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2014 r., V CSK 370/13, LEX nr 1491334).

Podstaw do stosowania tej regulacji w niniejszej sprawie nie można upatrywać, jak chce tego skarżąca, w samym w sobie stanie zdrowia powódki. Aktualne w tym zakresie pozostają wywody dotyczące kwestii momentu, w którym powódka dowiedziała się o szkodzie. Oczywiście nie oznacza to, że okoliczność związana ze stanem zdrowia, stanem rozeznania w podejmowanych czynnościach, czy nawet określonym priorytecie działań nie mogą stanowić podstawy formułowania zarzutu nadużycia prawa podmiotowego. Jak jednak wskazano, tego rodzaju sytuacja nie wynika ze zgromadzonych dowodów. M. K. reprezentowana była przed procesem przez profesjonalne podmioty, co wprost wynika z dołączonej do akt korespondencji. Już tylko z tego powodu nie sposób wiązać jej stanu zdrowia z brakiem możliwości działania, z brakiem możliwości złożenia pozwu. Twierdzeniom skarżącej przeczy zresztą jej zachowanie. Braw bowiem podnoszonym twierdzeniom w apelacji, stan jej zdrowia nie stanowił jakiegokolwiek przeszkody w złożeniu pozwu przeciwko ubezpieczycielowi. Trudno dociec, jakie okoliczności nie pozwalały na uczynienie tego również w stosunku do drugiego pozwanego. Sąd Apelacyjny takich realnych przeszkód nie dostrzega. Podkreślenia przy tym wymaga, że skoro powódka pozywała konkretnego ubezpieczyciela konkretnego podmiotu z tytułu odpowiedzialności cywilnej, to oznacza, że miał pełną świadomość, kto jest odpowiedzialny za szkodę, a tym bardziej, że taka szkoda wystąpiła. Nie bez znaczenia pozostaje też okoliczność, że termin przedawnienia upływał już w toku procesu, a w nim powódka także reprezentowana była przez profesjonalnego pełnomocnika. Jego więc rolą było ustalenie zakresu ubezpieczenia i ewentualne właściwe ukształtowanie podmiotowe postępowania. Jest to tym istotniejsze, gdy się zważy, że powódce znane były numery polis, okresy ubezpieczeń itd. Nic więc nie stało na przeszkodzie dokonania stosownych ustaleń niezależnie od stanowiska samego ubezpieczyciela. W ocenie Sądu są to w ogóle czynności podstawowe, przed sformułowaniem żądania pozwu przeciwko ubezpieczycielowi. Tym samym brak powoływania się przez ubezpieczyciela na ograniczenie jego odpowiedzialności nie może być w tym względzie rozstrzygający. Powódka w piśmie z dnia 4 kwietnia 2008 r. zwróciła się o wskazanie polis ubezpieczeniowych pozwanego szpitala. Szpital w piśmie z dnia 21 kwietnia 2008 r. (karta 85 akt) wskazał zarówno numery polis, jak i okresy ich obowiązywania. W dniu 15 sierpnia 2008 r. powódka dokonała zgłoszenia szkody (karty 381 – 383 akt). Pozwany zakład ubezpieczeń w piśmie z dnia 11 marca 2009 r. (karty 86 – 87 akt) – w odpowiedzi na zgłoszenie szkody wskazywał na brak przesłanek odpowiedzialności ubezpieczonego, chociaż rzeczywiście nie odwoływał się do ograniczenia odpowiedzialności wynikającego z ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia. Nie zmienia to jednak w żaden sposób oceny postępowania powódki w kontekście ewentualnego zastosowania art. 5 k.c. Nie sposób w powyższej okoliczności doszukiwać się zaistnienia szczególnego przypadku, który z punktu widzenia zasad współżycia społecznego zasługiwałby na wyjątkową ochronę. To, że zakład ubezpieczeń powołał się na ograniczenie odpowiedzialności dopiero w odpowiedzi na pozew (pismo z dnia 16 marca 2010 r. – karty 121 – 123 akt) pozostaje bez znaczenia. Za zastosowaniem art. 5 k.c. nie przemawia również zakres opóźnienia. Był on relatywnie długi uwzględniając, że termin przedawnienia wynosi trzy lata, natomiast opóźnienie wynosiło niemal rok.

Reasumując więc uznać należało, że Sąd I instancji z jednej strony prawidłowo zastosował art. 442¹ § 1 k.c., a z drugiej strony nie zastosował art. 5 k.c. Zresztą ocena odmienna, zgodna z postulatami apelacji, nie mogła prowadzić do uwzględnienia powództwa wobec braku spełnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala, a w konsekwencji również i zakładu ubezpieczeń. Nie zaistniała też konieczność rozstrzygania kwestii możliwości dochodzenia przez powódkę całości roszczenia przysługującego M. K., albowiem takie roszczenie jej nie przysługiwało.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, apelację powódki, jako bezzasadną należało oddalić na podstawie art. 385 k.p.c.

Zgodnie z art. 108 k.p.c., sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Jednocześnie art. 98 § 1 k.p.c. stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). W ocenie jednak Sądu Apelacyjnego w niniejszej sprawie zaistniały przesłanki zastosowania przepisu art. 102 k.p.c., zgodnie z którym w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Przepis ten ustanawia zasadę słuszności, będącą odstępstwem od zasady odpowiedzialności za wynik procesu, jest rozwiązaniem szczególnym, niepodlegającym wykładni rozszerzającej, wykluczającym stosowanie wszelkich uogólnień, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Nie konkretyzuje on ich pojęcia, pozostawiając taką kwalifikację sądowi, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy. Do okoliczności branych pod uwagę przez sąd przy ocenie przesłanek zastosowania dyspozycji omawianego przepisu można zaliczyć te związane z samym przebiegiem postępowania, charakterem sprawy, a wraz z nimi te dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej strony. Dla uzasadnienia stosowania zasady słuszności wskazuje się również w orzecznictwie precedensowy charakter sprawy, występujące w sprawie istotne wątpliwości co do wykładni lub stosowania prawa czy niejednorodną praktykę różnych organów i instytucji stosujących prawo. Powszechnie w judykaturze i doktrynie przyjmuje się też, że przepis art. 102 k.p.c. zawiera uprawnienie o charakterze czysto dyskrecjonalnym (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2012 r., IV CZ 69/12, LEX nr 1232622). Wyjaśnić trzeba, że sytuacja finansowa, nawet stanowiąca podstawę zwolnienia strony od obowiązku uiszczania kosztów sądowych, nie wyczerpuje sama w sobie przesłanek zastosowania art. 102 k.p.c. Ocena, czy zachodzą przesłanki do skorzystania z wyjątku statuowanego w tym przepisie, jest dokonywana każdorazowo przez sąd niezależnie od wcześniejszych decyzji w przedmiocie zwolnienia jej od kosztów sądowych. Zgodnie bowiem z art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.), zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi. Celem instytucji zwolnienia od kosztów sądowych jest zagwarantowanie prawa strony dostępu do sądu, które to prawo nie powinno być ograniczane ze względu na sytuację materialną strony. Uwzględnienie tego celu odpada zatem w sytuacji, gdy sąd rozstrzyga o kosztach procesu między stronami (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 25 sierpnia 2011 r., II CZ 51/11, Lex nr 949023; z dnia 27 września 2012 r., III CZ 63/12, LEX nr 1232783; z dnia 20 września 2012 r., IV CZ 54/12, LEX nr 1230157; postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 23 października 2012 r., I ACz 960/12, LEX nr 1223175). Z tych względów samo powoływanie się na trudną sytuację materialną i zarobkową nie jest wystarczające do zakwalifikowania niniejszego przypadku do „szczególnie uzasadnionych” na gruncie art. 102 k.p.c.

W rozważanej sprawie nie ulega jakichkolwiek wątpliwości, że sytuacja finansowa i majątkowa powódki jest trudna. Okoliczności te wprost wynikając z oświadczeń i dokumentów stanowiących podstawę zwolnienia skarżącej od kosztów sądowych. Wyważenie tych okoliczności w powiązaniu z samym przebiegiem procesu, jego przedmiotem podstawami ostatecznego ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia przemawiało za zastosowaniem art. 102 k.p.c. Zauważyć przede wszystkim, że sam proces dotyczył procesów medycznych, ze swej istoty trudnych do rzeczowej oceny bez pozyskania wiadomości specjalnych. Jak już wyżej wskazano, nawet w takim przypadku ustalenia obarczone są określoną dozą prawdopodobieństwa wobec braku możliwości określenia z całą pewnością zarówno procesów biologicznych, jak i sposobu leczenia na ostateczny skutek z uwagi na współwystępowanie wielu przyczyn stanu zdrowia człowieka. Nie bez znaczenia pozostaje okoliczność, że wniesienie apelacji było wynikiem niedostatecznego wyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych, co związane było z brakami sporządzonych na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego opinii biegłych. Stąd też nie sposób uznać, że wniesienie apelacji było skutkiem niewłaściwej, nieracjonalnej oceny okoliczności sprawy, nieracjonalnego nieuwzględnienia motywów, którymi kierował się Sąd wydając rozstrzygnięcie. Mieć też należy na uwadze, że przedmiotem procesu w zasadniczej części było żądanie zadośćuczynienia za krzywdę, a więc zawsze obarczone subiektywną oceną, w pewnym sensie nawet trudną do określenia. Same natomiast rozstrzygnięcie pozostawione jest uznaniu Sądu, oczywiście co nie oznacza całkowitej w tym zakresie dowolności. Wreszcie podkreślenia wymaga, że skarżąca, wobec śmierci pierwotnej powódki, wstąpiła

do procesu dopiero na pewnym jej etapie, co z kolei oznacza, że ocenę żądania mogła dokonać wyłącznie przez pryzmat twierdzeń samej M. K. i tylko w bardzo ograniczonym zakresie własnych obserwacji związanych przede wszystkim z opieką nad matką.

Analiza więc akt sprawy prowadzi do wniosku, że poza samą sytuacją majątkową zaistniały inne wypracowane w doktrynie przesłanki stosowania art. 102 k.p.c., a związane z samym przebiegiem procesu, z charakterem żądania, znaczeniem, jakie procesowi przypisywała strona.

SSA A. Kowalewski SSA M. Sawicka SSA T. Żelazowski